

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

5

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André MORISSON-LACOMBE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Août 1886, à Chartres (Eure-et-Loir)

L'AVENIR OBSTÉTRICAL DES FEMMES
ayant subi la section césarienne
portant sur le corps de l'utérus

Cinquante observations de gestations consécutives à l'opération césarienne
(Clinique d'Accouchement Baudelocque 1890-1920)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

5



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André MORISSON-LACOMBE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Août 1886, à Chartres (Eure-et-Loir)



L'AVENIR OBSTÉTRICAL DES FEMMES
ayant subi la section césarienne
portant sur le corps de l'utérus

Cinquante observations de gestations consécutives à l'opération césarienne
(Clinique d'Accouchement Baudelocque 1890-1920)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils.	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance	N.
Clinique des maladies des enfants	DUPRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	P. MARIE.
Clinique des maladies du système nerveux.	TEISSIER.
Clinique des maladies contagieuses	DELBET.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile	J. L. FAURE.
Clinique thérapeutique	Aug. BROCA.
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	VAQUEZ.
	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETERER.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUSSY.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	ROUVIERE.
CHIRAY.	GUILLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	LABBÉ HENRI.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*qui, dans la recherche de mon bonheur,
s'unirent sans cesse pour me montrer l'un,
les obligations inéluctables de la vie,
l'autre, les beautés et les grâces qui vien-
nent l'embellir et permettre d'en porter
allègrement le fardeau.*

A MON PARRAIN

En témoignage de ma filiale affection.

A MA FEMME ET A MON FILS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

*En témoignage de ma gratitude et de
mon respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

- 1908-1909 MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU
1909-1910 MONSIEUR LE DOCTEUR AUCLAIR
1910-1911 MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE

Internat provisoire

- 1911-1912 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS
» MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU
» MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

Internat

- 1912-1913 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVASSU
» MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD (*in memoriam*)
1913-1914 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBREDANNE
1914 ... M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE (*in memoriam*)
» MONSIEUR LE DOCTEUR RUDAUX
... 1919 MONSIEUR LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO
1919-1920 MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY
» MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

A MM. les DOCTEURS : LÉVY-SOLAL, PROFESSEUR
AGRÉGÉ; VIGNES, ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX, dont
les conseils amicaux me furent un guide précieux.

A MON MAÎTRE AUX ARMÉES

MONSIEUR LE DOCTEUR LENORMANT
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MÉDECIN-CHEF
DE L'AMBULANCE AUTOMOBILE CHIRURGICALE N° 1

En gage de ma respectueuse affection.

A MES CAMARADES

DE L'AMBULANCE AUTOMOBILE CHIRURGICALE N° 1.

INTRODUCTION

Ce travail est une contribution à l'étude de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps utérin.

Nous nous sommes inspiré d'un certain nombre de mémoires et d'observations publiés sur ce sujet. Mais notre travail a surtout pour base les observations que nous avons retrouvées dans les registres de la clinique Baudelocque. Nous y avons fait figurer tous les cas, et ce travail représente l'étude de la série intégrale des observations de 1890 à 1920.

Les observations ont trait à des opérations césariennes pratiquées au cours du travail (membranes intactes ou rompues), la température étant normale au moment de l'intervention.

Elles comprennent 50 observations de gestation survenue après une opération césarienne conservatrice, chez 41 femmes.

Nous avons divisé notre travail en trois parties :

1^o Etude anatomo-pathologique;

2^o Etude clinique;

3^o Dédutions thérapeutiques.

Nous tenons à remercier ici tout particulièrement
M. le professeur Couvelaire, qui a bien voulu nous confier
cette étude et la guider de ses conseils.

PREMIÈRE PARTIE

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Cette étude porte essentiellement sur les constatations qu'il a été permis de faire au cours des opérations césariennes itératives, ainsi que sur les pièces anatomiques recueillies après hystérectomie.

Nous étudierons les trois questions suivantes :

- 1° La paroi abdominale;
 - 2° Les adhérences de l'utérus;
 - 3° La cicatrice utérine proprement dite.
-

LA PAROI ABDOMINALE

Les lésions de la paroi abdominale sont inconstantes, et, lorsqu'elles existent, elles consistent en un amincisse-

ment plus ou moins considérable du raphé fibreux qui représente la cicatrice de la laparotomie.

Dans les 50 observations que nous rapportons, ont été notés :

Neuf amincissements notables de la paroi;

Deux éventrations (les obs. xxiii et xviii).

Leur fréquence paraît donc un peu plus grande qu'après la laparotomie d'ordre chirurgical pur faite pour fibrome ou salpingite.

La raison de ce fait nous paraît devoir être attribuée :

D'une part à la nécessité où l'on se trouve de faire une incision relativement longue (20 à 25 centimètres) pour pouvoir extérioriser l'utérus, d'où le principe : « La longueur de l'incision abdominale doit être proportionnée au volume de la partie de l'utérus utile à extérioriser »¹.

D'autre part la suture réunit des tissus déjà amincis et distendus d'où la nécessité de faire une suture particulièrement soignée de la paroi en repérant minutieusement les plans péritonéaux, aponévrotiques et cutanés.

Enfin la distension mécanique de la paroi, lors d'une nouvelle gestation peut favoriser dans une certaine mesure la production d'une éventration. Mais il s'agit là d'une éventualité relativement rare.

1. Couvelaire, *Introduction à la chirurgie utérine obstétricale* (Steinheil, 1913).

LES ADHÉRENCES DE L'UTÉRUS

Les adhérences au sens absolu du mot sont fréquentes; mais il y a lieu de préciser leur importance.

Dans nos observations, nous en trouvons 32 où leurs caractères morphologiques ont pu être notés; on peut les diviser en :

Aucune adhérence	6 cas.
Adhérences légères	18 —
Adhérences multiples	6 — dont 3 intestinales
Symphyse utéro-pariétale	2 —

Il semble donc qu'on puisse dire que *ce n'est que dans un quart des cas (8 sur 32) que ces adhérences constituent une sequelle opératoire digne d'arrêter l'attention.*

Les adhérences que nous appelons « légères » consistaient en de fines brides, souvent à peine vascularisées, unissant l'utérus à la paroi ou à l'épiploon; d'autres fois il s'agissait de franges épiploïques venues se fixer en un point quelconque de la cicatrice.

Quant aux adhérences plus marquées, elles se sont présentées sous les formes les plus variées; nous signalerons : 1^o un voile translucide s'étalant devant la cicatrice utérine, puis s'épaississant en un point au milieu duquel on trouvera une petite collection louche (obs. XLVIII); 2^o des adhérences entre la paroi et l'utérus disposées d'une façon telle qu'elles entraînaient une légère torsion de l'utérus sur lui-même (obs. XLI et XXIX); 3^o des adhérences lointaines : l'une d'elle s'étendait de l'utérus

jusqu'au voisinage de la crête iliaque (obs. xxviii); 4° une adhérence de la trompe; 5° des adhérences intestinales : dans un cas (obs. xxxiii) une anse intestinale grêle était complètement collée à la face antérieure de l'utérus; on dut sculpter l'utérus pour supprimer ces adhérences il en résulta même une très petite perforation intestinale — on la sutura et les suites furent excellentes; dans un autre cas (obs. xxiii), l'adhérence intestinale à l'utérus se faisait par l'intermédiaire d'une bride qu'il suffit de sectionner; dans un autre cas une adhérence fibreuse solide, de l'épaisseur d'une plume d'oie fixait une anse grêle à la partie gauche de la paroi abdominale, au voisinage immédiat de la limite inférieure de l'incision — après l'opération la malade mourut au quatrième jour avec des signes d'occlusion intestinale (obs. vii); 6° des adhérences utéro-pariétales si marquées (obs. iv et ii) que chaque coup de ciseaux donné pour agrandir l'incision abdominale dut être précédé d'une tunnelisation faite avec le doigt au travers des adhérences — et qu'il fallut faire une véritable dissection de l'utérus pour pouvoir le libérer de ces adhérences afin de l'extérioriser hors de l'abdomen; 7° une symphyse utéro-pariétale telle que l'énucléation de l'utérus hors de l'abdomen fut impossible (obs. xx).

La cause qui paraît favoriser ces adhérences est, avant tout, l'infection ou tout au moins l'irritation par les liquides qui peuvent s'écouler dans la cavité abdominale. Les adhérences sont incomparablement plus fré-

quentes après les césariennes qui eurent des suites fébriles ; mais cette règle n'a rien d'absolu : en effet, deux malades qui avaient eu des suites sub-fébriles après leur première césarienne (obs. xxii et vi) ne présentaient aucune adhérence lors d'une césarienne itérative ; par contre deux autres malades (obs. xxvii-xxxix) qui avaient eu des suites particulièrement favorables présentaient des adhérences nombreuses.

La répétition des sections césariennes ne semble pas augmenter forcément l'étendue des adhérences. Dans deux de nos observations (obs. xli et vi) il y eut deux césariennes itératives ; dans l'une il n'y avait aucune adhérence à la deuxième section et il y eut seulement quelques franges épiploïques à la troisième ; dans l'autre, des adhérences assez notables avaient été sectionnées lors de la deuxième opération césarienne, et à la troisième opération césarienne on ne retrouva plus trace de ces adhérences. Marioton¹ cite un cas analogue où des adhérences constatées à la deuxième opération ne furent plus retrouvées au cours de la troisième opération.

L'amélioration de la technique de l'opération césarienne semble avoir diminué la formation de ces adhérences dans une notable proportion, surtout en ce qui concerne les larges plastrons d'adhérences : ceux-ci ne se retrouvent plus guère à la suite des césariennes faites

1. Marioton. De l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne classique conservatrice. (*Thèse de Paris*, 1911-12.).

après 1910; par contre des césariennes datant de 1905 1903 et 1902, ont laissé des adhérences formant de véritables symphyses utéro-pariétales (obs. xx, iv, II).

Les résultats de la clinique Tarnier sont comparables :

En 1911, sur 21 cas rapportés par Marioton, on trouvait :

Aucune adhérence.....	10 cas.
Adhérences nombreuses	10 —
Symphyse utéro-pariétale	1 —

En 1911, sur 22 cas nouveaux rapportés par M. Bar, il n'y en eut aucun où on trouva des adhérences gênant sérieusement l'opérateur.

Il nous semble donc qu'on puisse conclure qu'à l'heure actuelle les adhérences qu'on peut rencontrer lors d'une césarienne itérative ne constituent pas pour un chirurgien expérimenté, prudent et habile une réelle complication.

LA CICATRICE UTÉRINE PROPREMENT DITE

On peut dire que l'état de la cicatrisation de l'utérus est le pivot sur lequel repose toute la question de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne.

L'étude anatomo-pathologique de la cicatrice doit être faite macroscopiquement et histologiquement :

Étude macroscopique

Parmi les 50 observations que nous rapportons, il y en a eu 41 qui donnent des renseignements suffisamment précis pour que nous puissions en faire état :

I. — Morphologie de ces cicatrices. — Elle est très variable : tantôt c'est une simple dépression linéaire ou onduleuse à peine visible — jalonnée par les nœuds des fils de soie employés pour la suture — tantôt la cicatrice se présente sous la forme d'une lame fibreuse, d'épaisseur souvent variable suivant les points considérés; enfin il peut y avoir solution complète mais limitée (fistule utéro-pariétale), ces amincissements extrêmes de la cicatrice étant des amorces de rupture utérine; la rupture utérine peut siéger au niveau même de la cicatrice; dans d'autres cas la cicatrice proprement dite a résisté, mais la déchirure s'est faite dans le voisinage immédiat de la cicatrice.

Si l'on cherche à établir un pourcentage on peut diviser les résultats donnés par nos observations de la façon suivante; sur 41 cas :

Pas de renseignements anatomiques (utérus ayant permis des accouchements ultérieurs par les voies naturelles).....	5
Cicatrice bonne	16
Amincissement léger (plus de 1 cent. d'épaisseur sur l'utérus rétracté).....	8

Amincissement partiel (après résection, on a pu conserver l'utérus).....	3
Amincissement notable (moins de 1 cent. d'épaisseur sur l'utérus rétracté).....	5
Amincissement considérable.....	2
Rupture.....	2

Lorsqu'on examine la cicatrice par le dehors, la régularité d'une cicatrice, sa presque invisibilité sont en général l'indice d'une bonne cicatrice; mais il faut savoir que *l'aspect extérieur d'une cicatrice est trompeur*, et si l'on examine la cicatrice par sa face profonde on s'aperçoit qu'à une cicatrisation parfaite à la périphérie, correspond souvent une cicatrisation défectueuse dans la profondeur, se traduisant par la présence d'une gouttière profonde avec des zones de notable amincissement (obs. L, XXVII, XXI). D'où le principe de *faire toujours l'exploration interne de la cicatrice* d'une césarienne, au cours d'une opération itérative, avant de prendre une détermination concernant la suite de l'opération.

L'amincissement de la cicatrice se présente sous des aspects divers : le plus souvent c'est un amincissement *partiel* siégeant de préférence aux extrémités de la cicatrice (obs. XXVII, XXI, X); dans d'autres cas, l'amincissement s'étend de haut en bas, donnant l'apparence d'une simple distension mécanique de la cicatrice par la gestation. Mais la cicatrice amincie a pu souvent résister à un nouvel accouchement.

Parfois l'amincissement est considérable, la paroi semble n'être constituée que par le péritoine et la muqueuse (obs. XI); d'autres fois la paroi utérine montre un amincissement tel que la cicatrice n'est représentée que par un pont musculaire excessivement mince (obs. XIV). Dans d'autres cas (obs. XI, VII), en un point de la cicatrice on constate un petit hématome sous-péritonéal, la paroi utérine étant fissurée à ce niveau. C'est là l'*amorce* d'une rupture.

Les deux pièces de rupture utérine nous montrent que la déchirure s'est faite sur toute la hauteur de la cicatrice (obs. XXXII) ou seulement sur la moitié de sa hauteur, pour dévier légèrement à gauche (obs. III) vers le fond.

Mais il convient d'insister sur ce point particulier que la rupture s'est faite non pas au niveau même de la cicatrice, mais un peu en dehors d'elle et parallèlement à elle.

II. — Relations entre l'état anatomique de la cicatrice et certaines causes qui ont pu agir sur elle.—

Nous avons cherché à préciser les rapports qui pouvaient exister entre l'état de la cicatrice, et certaines causes capables d'agir sur elle, et sur lesquelles on peut avoir des renseignements, soit par l'interrogatoire des femmes, soit par l'examen obstétrical. Nos recherches ont porté sur l'influence :

1^o Des conditions opératoires ;

2° Des suites opératoires;

3° Du temps écoulé entre la première section césarienne et la gestation qui l'ont suivie;

4° De la répétition des césariennes;

5° De la distension utérine.

1° *Influence des conditions opératoires.* — Les détails de la technique de l'opération césarienne sont maintenant bien connus et nous ne nous arrêterons pas à préciser dans ces détails mêmes l'importance des fautes de technique. Mais il nous paraît intéressant de comparer l'état de la cicatrice utérine sur les cas où la section césarienne a été faite avant 1910, et sur ceux où la section césarienne a été faite après 1910.

Si l'on étudie à ce point de vue les résultats de la clinique Tarnier nous notons :

En 1911. — Sur 23 cas¹ : 5 amincissements notables ;
soit : 21,7 %.

En 1919. — Sur 22 cas nouveaux de M. Bar² :

19 amincissements légers ou simplement apparents;

2 — notables;

1 — perforation.

soit : 15,7 %.

Si l'on étudie les 41 cas que nous rapportons on constate en se fondant sur la date de la première césarienne :

1. Marioton (*Thèse de Paris*, 1911).

2. Bar (*Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, février 1919).

Dale de la première césarienne : avant 1910 :

Cicatrice bonne ou suffisante ..	12 cas.
Amincissements notables	2 —
Amincissements considérables...	2 —
Rupture.....	1 —

Dale de la première césarienne : après 1910 :

Cicatrice bonne ou suffisante....	20 cas.
Amincissements notables	3 —
Amincissements considérables ..	0 —
Rupture	1 —

Ces chiffres n'ont qu'une valeur de relativité mais il semble bien qu'on puisse dire que les *progrès de la technique de l'opération césarienne aient amélioré l'état de la cicatrice*. C'est dire que certains petits détails (tels que le nombre des soies, la façon de passer les fils) qui peuvent paraître insignifiants, ont, en fait, une réelle importance

Il en résulte qu'une femme ayant été opérée dans des conditions matérielles convenables par un opérateur spécialisé, aura de grandes chances d'avoir une bonne cicatrice.

On a coutume de dire que la chirurgie est faite de « petits détails » ; la chirurgie obstétricale ne manque pas à cette règle.

2° *Les suiles opératoires* de l'opération princeps ne paraissent pas pouvoir servir de guide pour présumer de l'état de la cicatrice.

Sur 10 cas où la cicatrice était amincie notablement, les suites opératoires avaient été simples dans 5 cas et sub-fébriles dans 5 autres cas.

Dans les observations XI et VII, les lésions sont plus accusées, il y a même en quelque sorte presque rupture, il y a fissure de la cicatrice en un point localisé avec hématome sous-péritonéal, or dans un cas les suites avaient été sub-fébriles, mais dans l'autre, absolument normales.

Dans les observations III et XXXII où il y a eu rupture de la cicatrice, les suites de la précédente césarienne ont été dans l'une sub-fébriles, dans l'autre absolument normales.

Il semble donc que la connaissance des suites opératoires de l'opération césarienne antérieure ne puisse pas servir de guide dans l'appréciation de la solidité de la cicatrice.

2^o *L'influence du temps écoulé entre la première opération césarienne et la nouvelle gestation sur l'état de la cicatrice* ne paraît pas manifeste dans nos observations; l'amincissement plus considérable de la cicatrice s'est rencontré chez des femmes qui avaient eu leur utérus au repos pendant plusieurs années, et parmi celles qui ont été fécondées moins d'un an après leur opération, nous notons 5 bonnes cicatrices (obs. XLI, XXXVI, XXIX, VI, II) et 4 amincissements notables (obs. XXVII, XII, V, IX).

4° Dans les cas de *répétition des césariennes* on a observé plus souvent l'amincissement de la cicatrice.

Marioton¹ donne les chiffres suivants :

Après 1 opération, amincissement : 12,50 %;

Après 2 opérations, amincissement : 33,00 %;

Nous-même n'avons que peu de documents à apporter à cette question, car dans deux de nos observations seulement, il y eut deux césariennes itératives conservatrices. Dans l'une il n'est rien noté de spécial (obs. xli et xlii); mais dans l'autre (obs. vi) l'examen de la pièce lors d'une deuxième section césarienne, avait montré un léger amincissement de la partie moyenne de la cicatrice. Cet amincissement était si peu marqué, qu'on crut pouvoir faire une césarienne itérative conservatrice. A une troisième gestation, cette cicatrice fut le siège d'un hématome sous-péritonéal avec fissure à la partie moyenne de la cicatrice.

5° Tous les facteurs qui peuvent exagérer *la distension* de la cicatrice (hydramnios, gros enfants) semblent avoir une influence sur l'état de la cicatrice. Cette influence est mise particulièrement en valeur dans quelques-unes de nos observations :

L'observation xv montre trois accouchements spontanés après une opération césarienne; il s'agit même d'accouchements un peu laborieux du fait du volume

1. Marioton (*Thèse de Paris*, 1911).

des enfants qui pèsent respectivement 4.090, 3.900, 4.300 grammes et même ce dernier en présentation de la face ! Voilà bien jusqu'à présent une observation capable d'entraîner la conviction sur l'innocuité de la césarienne ! Mais une délivrance artificielle montra un amincissement considérable de la cicatrice dans ses 2/3 supérieurs. Une cinquième gestation survient, on intervient d'office avant le travail et on trouve une cicatrice si mince, qu'il serait très vraisemblablement survenu une rupture si on avait laissé l'accouchement se faire spontanément. La cicatrice avait pu faire les frais de trois accouchements ; mais on a frisé la rupture !

Enfin dans une de nos deux observations de rupture (obs. III) il y avait hydramnios et il n'est pas illogique de penser que la surdistension utérine a joué un rôle dans l'amincissement de la zone cicatricielle.

Étude histologique

L'étude histologique de la cicatrice utérine a fait l'objet de nombreux travaux.

Dès 1909, M. le professeur Couvelaire¹ en se fondant sur les examens histologiques publiés jusqu'alors et sur les examens qu'il avait pratiqués personnellement écrivait : « La cicatrice du muscle lisse est toujours une cicatrice conjonctive. Les deux lèvres de la plaie sont

A. Couvelaire, Considérations sur la technique de l'opération césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode (*Société obstétricale de France*, session 1909).

réunies par une bande de fibrine... Cette bande de fibrine sert de substratum à la charpente conjonctive qui va servir de trait d'union entre les faisceaux musculaires sectionnés. Il n'y a pas de régénération de fibres lisses ».

Depuis cette époque de nombreux examens histologiques ont été pratiqués, dans le but de savoir, si avec les progrès de la technique employée dans l'opération césarienne, on n'arrivait pas à avoir une meilleure cicatrisation peut-être même la restitution *ad integrum*.

L'expérimentation chez l'animal avait montré que sur l'utérus de lapine, cinq jours après la blessure, on trouvait un grand nombre de mitoses dans les cellules musculaires lisses au voisinage de la plaie. Dans les jours qui suivaient, le nombre de ces mitoses allait en diminuant, et, vers le trentième jour on trouvait une cicatrice conjonctive formée de cellules fusiformes et étoilées. Rietschl en concluait que la cicatrisation se fait par l'intermédiaire de tissu fibreux sans régénération de l'élément musculaire lisse¹.

Ces recherches ont été confirmées par les travaux ultérieurs de Rindfleisch et d'Enderlen².

Braun Fernwald Schauta estiment au contraire que la *restitutio ad integrum* est parfaitement possible.

Mason et Williams³, expérimentant sur des utérus de

1. Rietschl (*Virchow's Archiv*, 1887, Bd CIX, p. 517).

2. Marchand (*Der Process der Wundheilung Deutsche Chirurgie*, 1901, Bd. XVI, p. 289.)

3. Mason et Williams (*Bost. med. and surg. Journ.*, 20 janvier 1910).

chienne et de cobaye, arrivent à des conclusions analogues, et estiment que la régénération des fibres lisses peut se faire dans les cas très favorables, et que la paroi utérine suturée peut présenter une solidité aussi grande qu'auparavant.

Les résultats qu'ont donné les examens histologiques chez la femme montrent que le processus de cicatrisation est essentiellement variable, et qu'on peut tout voir depuis les cas où la cicatrice utérine n'est représentée que par l'accolement de la muqueuse et du péritoine, jusqu'à ceux où la réunion des deux lèvres de la plaie utérine est si complète que la cicatrice invisible à l'œil nu est même difficilement décelable au microscope.

Albert Wysz¹ rapporte l'observation d'une femme chez laquelle après une première opération césarienne avec suites fébriles, il y eut, lors d'une deuxième gestation, rupture utérine avant le travail, à l'occasion d'un effort de vomissement : l'enfant pesait 5.750 grammes.

La cicatrice extrêmement mince n'était formée que de la muqueuse et du péritoine auquel adhéraient l'épiploon; la partie rupturée était envahie par les villosités qui en avaient rongé les bords.

Paquet² rapporte l'examen histologique de la cica-

1. A. Wysz, Beitrag zur Uterus Ruptur nach Kaiserschnitt (*Berleihr. z. Geb. Gyn.*, Bd. 17 H., 3 p. 337).

2. Paquet, Rupture d'un utérus gravide chez une femme achondro-plasique ayant déjà subi une opération césarienne (*Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1914).

trice utérine. La malade avait eu une césarienne conservatrice lors de sa première grossesse. A sa deuxième gestation la femme ressentait des contractions utérines sans modification du col; l'auteur attendit pour opérer que le travail fut commencé. La femme fit une rupture au niveau de la première cicatrice opératoire.

L'examen histologique fit voir que la cicatrice était entièrement fibreuse.

Alfred Baker Spalding¹ montre dans une série d'examen histologiques les différents stades de réparation qu'on peut rencontrer selon les cas :

1^o *Cicatrisation complètement fibreuse* : « La cicatrice présente beaucoup de tissus fibreux et pratiquement pas de fibres musculaires. Il y a quelques vaisseaux sanguins dans la cicatrice mais pas d'éléments de caduque ni d'éléments syncytiaux. Les éléments élastiques normaux dans le muscle sont absents dans la cicatrice. La cicatrice quoique fibreuse paraît très solide. »

2^o *Cicatrice d'apparence musculaire* : « La cicatrice a la même apparence que celle de tout tissu musculaire, à part de légers dépôts fibrineux et une légère dépression de la muqueuse. Les fibres musculaires ne sont pas aussi compactes mais la quantité de tissu élastique est aussi abondante que normalement ».

3^o *Cicatrice musculaire mais amincie* : « La cicatrice

1. Alfred Baker-Spalding, Cicatrices d'opérations césariennes : étude histologique de quatre pièces (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 1^{er} déc. 1917, vol. LXIX, n^o 22, p. 1847).

mesure 1^m/m 5 d'épaisseur, alors que la paroi postérieure a 38 millimètres. A la coupe de la cicatrice on trouve successivement le Lembert péritonéal avec des adhérences, une mince couche musculaire, pas de tissu fibreux, une fine couche de déciduale contenant beaucoup de fibrine, et enfin le placenta. De chaque côté de la cicatrice, un exsudat fibrineux contenant des éléments de la déciduale, des cellules fœtales et des fibres musculaires et, dans les faisceaux musculaires, à distance de la cicatrice, on trouve des ilots de syncytium. Même abondance de tissu élastique dans la cicatrice et dans le muscle avoisinant.

Audebert¹ donne l'examen histologique d'une cicatrice césarienne où la réparation musculaire paraît *complète*, bien que la première opération césarienne ait été cependant suivie d'infection utérine et de suppuration de la paroi :

« Examen d'un fragment prélevé sur toute l'épaisseur de la paroi utérine perpendiculairement à la cicatrice ancienne et intéressant l'incision récente.

» Sur la coupe colorée à l'hématoxyline Van Gieson, on voit à l'œil nu l'encoche qui correspond à la cicatrisation ancienne.

» Au faible grossissement du microscope on constate qu'au niveau de cette encoche il y a un tissu fibreux un peu plus abondant qu'ailleurs, s'avancant un peu plus loin dans la paroi musculaire. En suivant la dissec-

1. Audebert (*Annales de gynécologie et d'obstét.*, 1913).

tion donnée par cette encoche, on voit encore qu'au milieu du muscle il y a peut-être un peu plus de fibres conjonctives qu'ailleurs et peut-être un plus grand nombre de vaisseaux sanguins, mais c'est tout. Sur le trajet qui correspond à l'incision ancienne *il y a des faisceaux musculaires dirigés dans tous les sens*, dont un certain nombre traversent nettement la cicatrice. Au fort grossissement, ces fibres musculaires paraissent normales; le tissu conjonctif sous-péritonéal au niveau de la cicatrice ne présente rien de particulier. C'est du tissu fibreux très normal.

» Au total : *cicatrice à peine reconnaissable, réparation complète.* »

Nous voyons donc par ces différents examens histologiques que nous avons pris comme types, que le processus de cicatrisation évolue de la façon suivante :

Il se forme un dépôt fibrineux sur les surfaces de section sous lequel se multiplient des cellules conjonctives; si la coaptation est parfaite la régénération musculaire peut aboutir à une union musculaire complète, si bien que la cicatrice invisible à l'œil nu, peut être à peine décelée au microscope.

Mais l'infection, même légère, le relâchement des sutures, et les contractions du muscle utérin peuvent empêcher cette coaptation parfaite; aux points de séparation il se forme de petits hématomes, puis des foyers de prolifération de tissu conjonctif avec peu ou pas de fibres musculaires. Il en résulte des zones de moindre résistance qui, selon leur nombre et leur étendue résisteront ou non au cours du travail.

Il résulte de ces faits que dans les cas opérés dans de bonnes conditions et avec une bonne technique, on pourra avoir l'assurance d'obtenir une cicatrice correcte et donnant, sauf cas exceptionnel, toute sécurité. Dans quelques cas on obtiendra même une régénération presque complète du muscle utérin; dans les autres cas, les plus nombreux, la cicatrice sera complètement conjonctive, mais suffisamment solide pour faire les frais d'une ou plusieurs gestations ultérieures; les observations d'accouchements spontanés répétés après section césarienne ne sont plus rares maintenant. Nous-même en rapportons quelques observations (obs. xxxviii, xv, i).

Pratiquement on peut admettre que dans les trois quarts des cas on aura une cicatrice donnant toute sécurité; dans un quart des cas seulement la cicatrisation présentera un amincissement plus ou moins considérable et constituera une menace de rupture; encore faut-il dire que même dans des cas d'amincissement extrême, des accouchements répétés de gros enfants ont pu se faire sans la moindre complication en particulier sans rupture (Obs. xv).

Influence de l'insertion du placenta au niveau de la zone cicatricielle.

L'influence de l'insertion du placenta au niveau de la zone cicatricielle a été l'objet de nombreuses discussions.

Ekstein¹ ayant constaté dans les cas de rupture qu'il avait observés, l'insertion placentaire à la face profonde de la cicatrice rompue, avait pensé qu'il fallait faire jouer un rôle pathogénique important à cette circonstance.

Singer² montre que sur 22 cas de rupture, le placenta était 11 fois à la place profonde de la cicatrice.

Marioton³ sur quatre cas où ce détail est précisé trouve que le placenta est inséré sur la cicatrice dans trois cas.

Nous-même dans une de nos observations de rupture notons la présence du placenta sur la cicatrice (obs. III).

On a cherché à vérifier histologiquement si les villosités placentaires pouvaient pénétrer la cicatrice.

Cocq et Masay⁴ ont trouvé la cicatrice pénétrée par le tissu placentaire; il existe des traînées syncytiales s'insinuant et s'insérant directement sur les faisceaux musculaires.

Otto Fischer⁵ trouve une véritable pénétration des villosités au travers de la cicatrice amincie.

D'autres, au contraire, estiment qu'entre la cicatrice et le placenta il existe une caduque, et qu'il n'y a pas pénétration. Notre observation III montre bien une simple caduque banale sans éléments fœtaux.

1. Ekstein (*Zentralb. für gyn.*, 1904, 44, p. 302).

2. Singer (*Thèse de Paris*, 1909).

3. Marioton (*Thèse de Paris*, 1911).

4. Cocq et Masay (*Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de péd.*, mai 1911).

5. Otto Fischer, Ueber die Ruptur der graviden Uterus im einer alten Kaiserschnittsnarbe (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, t. LXX, fasc. 3, p. 838).

Alfred Baker-Spalding¹ est éclectique : il estime qu'une bonne cicatrice de césarienne, de même que la paroi interne normale, ne peut pas être affaiblie par l'insertion placentaire. Mais lorsque la cicatrice est défectueuse elle peut se laisser envahir par les villosités.

M. Couvelaire² n'a jamais constaté de pénétration des éléments de l'œuf (villosités, cellules choriales) dans la paroi conjonctive vasculaire de la cicatrice. Et il ne pense pas qu'on puisse faire jouer au placenta un rôle destructif de la paroi utérine.

* * *

En résumé, si on a pu assimiler la greffe de l'œuf sur la zone cicatricielle à la greffe de l'œuf dans la trompe, il semble bien que cette assimilation ne puisse être justifiée que dans quelques cas exceptionnels

1. A. Baker-Spalding, Cicatrices d'opération césarienne : étude histologique de quatre pièces (*Journal of the Amer. med. Assoc.*, 1^{er} déc. 1917, vol. LXIX, n° 22, p. 1847).

2. Couvelaire, *Introduction à la chirurgie utérine obstétricale*, Steinheil, 1913.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE CLINIQUE

L'étude clinique de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne doit être faite au triple point de vue de :

- La fertilisation;
- La gestation;
- La parturition.

FERTILISATION

Les femmes ayant subi une section césarienne ont-elles moins de chance d'être fertilisées à nouveau ?

On admet en général, sans préciser de chiffres, que la diminution de la fertilisation est minime.

A priori on peut en effet penser que les lésions de la

muqueuse utérine après une section césarienne sont si minimales et si peu étendues, qu'elles ne doivent restreindre les chances de nidation de l'œuf fécondé que dans une proportion infime.

Cependant si l'on étudie les faits, on constate qu'il y a un grand nombre de femmes qui ayant subi la section césarienne ne sont plus fertilisées.

Plauchu¹ a pu suivre pendant plusieurs années un certain nombre de ses opérées et donne les chiffres suivants :

Sur 20 opérées :	16	ont eu 0	gest. nouvelle.
	1	—	2 —
	2	—	1 —
	1	—	1 avortement.

Il y aurait donc 75 % de femmes non fertilisées.

Palmer Findley², plus récemment, estime que les femmes césarisées présentent une stérilité relative, et que, c'est seulement dans la moitié des cas de césarienne qu'on a observé des gestations ultérieures, soit 50 %.

Nous n'avons pas pu avoir de renseignements à ce sujet sur les femmes qui ont été opérées à la clinique Baudelocque, mais si on compare d'une part le nombre des femmes ayant subi une fois la section césarienne et le nombre des femmes qui ont été opérées à la clinique pour une deuxième gestation, ou qui ont accouché spontanément, ou par rupture utérine nous trouvons

1. Plauchu (*Bull. Soc. obsl.*, 1912).

2. P. Findley (*Transact. of the Amer. Gyn. Socie'y*, vol. XLI, 1916, p. 620).

une disproportion telle qu'il semble bien qu'une première césarienne entraîne une diminution du nombre des gestations.

En effet, dans les vingt années qui s'étendent de 1899 à 1919 nous trouvons les chiffres suivants :

1^o Césariennes conservatrices sorties guéries... 121

2^o Nouvelles gestations observées..... 33

Cette interprétation des faits peut évidemment prêter à la discussion mais cependant il nous paraît qu'on doit en tenir compte dans une certaine mesure.

En interprétant de la même façon des chiffres donnés par Bar en 1919 on a :

Première césarienne conservatrice..... 72 cas.

Césariennes itératives et acc. spontanés .. 28 —

Si nous réunissons ces différentes statistiques nous trouvons :

Plauchu, 75 %; Palmer Findley, 50 %; clinique Baudelocque. 72,8 %; clinique Tarnier 55,5 %, soit : 63,3 %.

Il y aurait donc 63,3 % de femmes non fertilisées à nouveau après opération césarienne !

L'interprétation de ces faits mérite d'être précisée et examinée au double point de vue physiologique et psychologique :

1^o *Au point de vue physiologique.*

On peut admettre que les lésions de la muqueuse utérine qui résultent de l'opération césarienne n'entraî-

nent, dans la majorité des cas, une inaptitude ni marquée ni durable à la nidation de l'œuf.

En effet, les examens histologiques de la muqueuse utérine après césarienne ont montré qu'elle présentait peu de modifications et que tout au moins celles-ci étaient limitées à la région cicatricielle. De plus si on examine le temps écoulé entre la césarienne et la gestation suivante nous constatons dans nos observations que celles-ci sont survenues :

Moins d' 1 an après l'opération césarienne dans	13 cas.
— 2 — — — —	13 —
— 3 — — — —	8 —
— 4 — — — —	2 —
— 6 — — — —	4 —
— 8 — — — —	3 —

Il nous semble donc que ce n'est pas dans les lésions anatomiques ni physiologiques de la muqueuse utérine qu'il faut rechercher la cause de la stérilité mais bien plutôt dans une restriction volontaire.

2^o Point de vue psychologique.

Il est certain que la section césarienne a eu pendant longtemps une réputation de gravité telle qu'aujourd'hui encore beaucoup de femmes césarisées font tout ce qui est en leur pouvoir pour éviter une nouvelle fécondation.

Mais cependant, il se fait aujourd'hui dans l'esprit des femmes une évolution très nette, tout au moins à Paris, et la césarienne, tout en étant encore considérée et à juste titre comme une opération sérieuse et grave,

est admise plus volontiers; les femmes savent qu'elles ne courent pas un risque plus grand que si elles étaient opérées d'un fibrome, d'une salpingite ou d'un kyste de l'ovaire, et leurs efforts pour éviter une nouvelle gestation sont manifestement moins soutenus.

En résumé nous concluerons qu'il y a une diminution de la fertilisation, chez les femmes ayant subi la section césarienne, mais que cette diminution de la fertilisation est due surtout à une restriction volontaire qui tend à s'atténuer devant la continuité des résultats heureux de la section césarienne.

GESTATION

Quelles sont les complications qui peuvent survenir du fait de la première opération césarienne ?

1° — Avortement

Van Leuwen¹ sur 77 femmes qui devinrent gravides après la césarienne donne 8 avortements. Mais ce sont là des observations anciennes.

Marioton² ne cite aucun cas d'avortement dans les observations qu'il rapporte. Nous n'avons trouvé dans

1. Van Leuwen (*Thèse d'Utrecht*, 1904).

2. Marioton (*Thèse de Paris*, 1911).

la littérature médicale de ces dernières années aucune observation se rapportant à ce sujet. Nous-même ne notons parmi nos observations que deux cas d'avortement : l'un de deux mois (obs. III) survenu chez une femme qui avait eu des suites normales après l'opération césarienne, mais qui fit ultérieurement une rupture utérine à la gestation qui suivit cet avortement; la césarienne datait de 1903, époque où la technique de la césarienne était encore-imparfaitement fixée; l'autre (obs. XIV) survint au deuxième mois de la gestation une année après une opération césarienne dont les suites avaient été très simples.

Il semble donc que ces avortements déjà peu fréquents lors des premières opérations césariennes, sont aujourd'hui extrêmement rares, ou en tout cas ne retiennent pas l'attention des auteurs.

On a beaucoup discuté il y a quelques années sur la pathogénie de ces avortements. On a voulu voir dans la présence d'adhérence entre l'utérus et la paroi, une gêne à la distension normale de l'utérus qui provoquait l'avortement ! Ces idées étaient nées sous l'influence des résultats déplorable pour la gestation qu'avaient entraînés certaines hystéropexies où l'on fixait le fond de l'utérus à la paroi (Olshausen).

En fait les adhérences qui se produisent après section césarienne ne sont en rien comparables; elles sont le plus souvent très grêles, et à part les cas (rares aujourd'hui) où il y a véritable symphyse utéro pariétale, elles ne sauraient gêner la distension utérine, d'autant plus

qu'elles participent de la laxité de tous les organes du petit bassin, et que, sous l'influence de la gestation, elles deviennent souples et lâches.

Il semble donc que c'est plutôt à une endométrite légère qu'il faille penser.

Quoi qu'il en soit la notion d'un avortement survenu après césarienne, doit, au cours d'une gestation ultérieure, être un élément à retenir pour l'appréciation de la valeur probable de la cicatrice (cf. obs. III).

2° — Accouchement prématuré

L'accouchement prématuré paraît assez fréquent; mais il est rare avant le huitième mois. Nous ne l'avons rencontré que deux fois parmi nos observations :

Dans le premier cas (obs. xxxiv, xxxv) les suites de la première opération césarienne avaient été absolument normales. La femme redevenait même enceinte cinq mois après l'opération. Elle fit cependant un accouchement prématuré au septième mois (poids 1.850 gr.) quoiqu'ayant été mise au repos à l'hôpital. A une gestation ultérieure elle accoucha d'un enfant de 3.570 gr.

Le deuxième cas (obs. vii) survint à une troisième gestation chez une femme ayant déjà subi deux sections césariennes. La femme entra en travail prématurément. La section césarienne permit d'extraire un enfant de 1.870 grammes. La caduque était banale, mais atrophiée; le fait dominant était la présence à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la deuxième cica-

trice d'un hématome et d'une rupture sous-péritonéale de la cicatrice.

Si les accouchements, au cours des septième et huitième mois, sont peu fréquents, par contre il arrive assez souvent que les femmes entrent en travail quelques jours avant terme.

Marioton sur dix cas où la femme entra spontanément en travail donne :

6 fois, à terme ou au delà du terme;

4 fois quelques jours avant terme.

Dans notre série d'observations :

42 fois la femme atteignit le terme;

8 fois elle accoucha avant le terme de 8 mois 1/2.

3° — Valeur physiologique du fœtus

Fruhinsholz a rapporté l'histoire curieuse d'une femme qui au cours de trois gestations terminées par opération césarienne eut des enfants progressivement décroissants (2.980, 2.700, 1.800 gr.) et qui fit ensuite un avortement de cinq mois. Il est juste de dire que cette femme eut une cinquième gestation où l'enfant pesait 2.935 gr. mais la question s'était posée de l'influence de l'opération césarienne sur le développement du produit de conception.

A ce propos M. Fruhinsholz a recherché dans la littérature les observations de césariennes répétées une

1. Fruhinsholz (*Ann. de Gyn. et d'obst.*, 1906). p. 135.

ou plusieurs fois. Il conclut de son étude critique ;
« *La césarienne répélée chez la même femme donne des
produits faëaux dont la qualilé légitime absolument la
récidive opératoire.* »

Sauf deux cas, toutes les femmes dont nous rappor-
tons l'observation ont été opérées au début du travail,
et nous notons que les poids des enfants sont :

2	enfants	au-dessous	de	2.000	gr.	(obs. XL et XVII).
5	—	entre	2.000	et	2.500	gr.
10	—	entre	2.500	et	3.000.	
19	—	entre	3.000	et	3.500.	
9	—	entre	3.500	et	4.000.	
3	—	au-dessus	de	4.000	grammes.	

Bent¹ estime que les enfants présentent en général
un certain degré de débilité et insiste sur ce fait, pour
montrer la nécessité de ne pas opérer avant terme.

Les résultats de notre statistique montrent que ces
enfants ne pèsent ni plus ni moins que les autres. Mais
le poids n'est pas tout dans l'appréciation de la débilité;
il y a aussi la *maturité* et le principe de laisser à l'enfant
l'intégrité de sa maturité n'en persiste pas moins avec
toute sa valeur.

4° — Complications diverses

Douleurs. — Marioton² cite un cas où trois semaines
avant le début du travail, une femme présenta des dou-

1. Bent (*Thèse de Montpellier*, 1912).

2. Marioton, obs. VIII et XIX (*in Thèse de Paris*, 1911).

leurs extrêmement vives et ne s'accompagnant pas de contractions utérines : on pensa qu'elles étaient dues aux adhérences épiploïques constatées au cours de l'opération. Une autre femme ressentit à la fin de sa grossesse de petites douleurs continuelles.

Hartmann¹ rapporte l'observation d'une femme qui avait toujours souffert depuis sa première opération et qui vit les douleurs s'accroître pendant sa grossesse.

Dans nos observations, il n'est noté dans aucun cas, que la femme se soit plainte de tiraillements douloureux même chez celles qui présentaient de larges adhérences ; il semble que ce soit là une complication peu fréquente.

En tout cas ces douleurs n'ont rien de spécial à l'opération césarienne. Elles peuvent survenir après toute laparotomie.

Déviation utérine. Déformations utérines. — Elles sont assez fréquentes, mais légères et ne troublent pas à vrai dire la gestation proprement dite ; elles peuvent cependant favoriser les présentations vicieuses. Nous reprendrons cette étude au chapitre suivant.

Amincissement de la cicatrice abdominale. Evénement. — C'est là une suite fréquente, mais qui est due à la laparotomie et non pas à l'hystérotomie. Il convient cependant d'en tenir compte dans le pronostic.

1. Hartmann (*Gynäks-Rundschau*, 1910, n^{os} 22-23).

Elle tient surtout à un défaut de technique opératoire :

Dans nos observations nous notons seulement deux éventrations (obs. xxxvi et xviii) et neuf cas où la paroi abdominale présente un amincissement notable.

Fistules. — Elles sont rares, et M. Bar¹ a pu écrire « qu'on ne devait plus les observer ». Il n'en a eu aucun cas dans les opérations qu'il a faites ainsi que ses collaborateurs.

Nous en notons un cas (obs. xx) sur une femme opérée en 1907 à l'hôpital de Caen; il s'agit d'un trajet fistuleux qui se cicatrisa spontanément au bout de dix-huit mois. La malade eut dans la suite une nouvelle gestation, deux ans après.

Ferré² en rapporte trois cas dont une rapidement tarie, et deux de longue durée; mais il s'agit de femmes opérées à la campagne dans des conditions mauvaises.

Grosse³ en a rapporté plusieurs cas et cite la thèse de Parville qui a pu en recueillir une quinzaine de cas.

Il faut distinguer deux sortes de fistules :

Les unes sont simplement des fistules borgnes externes, et sont du même ordre que celles qu'on rencontre après toute laparotomie; elles sont dues à la suppuration d'un fil de lin ou d'un catgut, et ne s'arrêtent qu'après élimination du fil.

1. Bar (*Archives mensuelles d'obst. et de gyn.*, février 1919).

2. Ferré, Sur une série de douze opérations césariennes récentes (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1914).

3. Grosse (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1916, p. 53; *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, avril 1920).

Les autres sont réellement une complication de la césarienne : ce sont des fistules utéro-pariétales ; on constate au moment des règles un écoulement de sang par l'orifice extérieur. Ces fistules guérissent rarement spontanément et ne sont guère compatibles avec une nouvelle grossesse. L'hystérectomie est souvent le seul traitement efficace (Couvellaire, Grosse¹).

5° — Rupture utérine

La rupture utérine survient souvent au cours de la gestation, surtout à la fin de la gestation. Nous ferons son étude dans le chapitre d'ensemble de la rupture.

PARTURITION

Quelles sont les complications qui peuvent survenir au cours de la parturition du fait de la première opération césarienne ?

Elles peuvent être divisées en trois groupes, selon qu'elles résultent :

- de la mauvaise cicatrisation de la paroi abdominale ;
- des adhérences ;
- des imperfections de la cicatrice utérine ;

1. Grosse, Les fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne (*Revue mensuelle d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, juin 1914).

1° Complications dues aux lésions de la paroi abdominale.

Ce sont celles qui peuvent résulter d'une diminution de résistance de la sangle abdominale : il pourra y avoir par exemple un certain degré d'antéversion. En pratique c'est là une complication bien légère, et rien n'a été noté à ce sujet dans aucune de nos observations : nous ne la retenons que pour mémoire.

2° Complications dues aux adhérences.

Les adhérences entraînent-elles des modifications de la statique utérine ou des modifications de forme de l'utérus ?

Parmi les observations que nous rapportons nous ne pouvons guère citer que deux cas (obs. XLI et XXIX) où il y avait un léger degré de torsion utérine fixée par des adhérences, et un cas (obs. XVIII) où l'accouchement se fit en position vicieuse par le front, sans qu'on puisse préciser d'ailleurs s'il y avait une modification de forme de l'utérus.

Par contre, même dans les observations où il y avait de véritables symphyses utéro-pariétales, il n'a été noté aucune modification de forme de l'utérus.

Il semble donc qu'on puisse dire que les adhérences post césariennes quoique réunissant la face antérieure de l'utérus à la paroi, ne sont en rien comparables à celles qui se rencontrent à la suite de certaines formes d'hystéropexie chirurgicale.

Mais il convient de faire remarquer que dans toutes les observations que nous rapportons, la section césarienne a été faite sur la face antérieure de l'utérus. Nous voyons donc dans ces faits un nouvel argument pour abandonner complètement la section du fond utérin (incision transversale de Fritsch) excepté si l'on est décidé, dès le début de l'intervention, à faire suivre la césarienne d'une hystérectomie.

Les adhérences entraînent-elles une aggravation manifeste des difficultés opératoires lors d'une nouvelle section césarienne ?

Le fait n'est pas douteux et la question se résout à une question d'appréciation et de fréquence.

La présence d'adhérences utéro-pariétales a pu dans deux cas entraîner un certain degré de torsion de l'utérus (obs. XLI et XXIX) ; dans ces deux cas la corne utérine se présentait en avant après laparotomie, mais il fut facile, après section des adhérences, d'extérioriser l'utérus pour faire l'hystérectomie en bonne place.

Dans deux autres cas (IV et II) où il y avait une symphyse utéro-pariétale assez marquée, la section césarienne itérative fut notablement compliquée par la nécessité où l'on fut de rompre la plupart de ces adhérences pour arriver à extérioriser l'utérus. L'un d'eux eut cependant des suites opératoires parfaites, à la suite d'un Porro ; chez l'autre au contraire on tenta cependant la conservation de l'utérus malgré des hémorragies en nappe survenues à la suite de la destruction de ces

adhérences, mais la malade eut des suites opératoires très graves : elle avait encore 38°-39° au trentième jour !

Dans un autre cas (obs. xx) il y avait une symphyse utéro-pariétale si marquée qu'on fit la césarienne sans énucléer l'utérus; ce n'est que secondairement, après extraction de l'enfant qu'on fit un Porro : suites normales. Une fois (obs. XLVIII), la présence d'une collection louche au milieu d'adhérences, incita à faire une césarienne mutilatrice, alors que l'état de la cicatrice eût permis et même commandé une césarienne conservatrice.

Les adhérences intestinales sont particulièrement graves : dans un cas (obs. XXIII) l'adhérence intestinale se faisait par l'intermédiaire d'une bride, il suffit de la sectionner; Porro : suites normales. Mais dans un autre cas (obs. XXX II) une anse intestinale grêle était complètement collée à la face antérieure de l'utérus; on dut sculpter l'utérus pour supprimer ces adhérences, il en résulta d'une part une petite perforation intestinale, et d'autre part après avoir espéré conserver l'utérus on fut obligé de l'enlever. Enfin dans un troisième cas (obs. VII) une adhérence fibreuse solide de l'épaisseur d'une plume d'oie fixait une anse grêle à la partie gauche de la paroi abdominale, au voisinage immédiat de la limite inférieure de l'incision. On libéra l'intestin, on enfouit la surface dénudée sous un surjet au catgut : la malade mourut au quatrième jour avec des signes d'occlusion intestinale.

Si nous résumons ces neuf cas nous voyons que dans

cinq cas les adhérences n'eurent d'autres inconvénients que de compliquer et d'allonger l'opération; mais dans deux cas elles furent l'unique cause qui incita à faire une opération mutilatrice; dans un cas, on voulut quand même faire une conservatrice, mais ce fut là une conduite « risquée » la malade eut des suites graves, enfin dans un autre cas il y eut mort.

En dehors de ces cas d'adhérences marquées il est juste de dire que la présence d'adhérences légères n'aggrave pas le pronostic, et que sur les trente-six interventions itératives résumées dans nos observations, il n'y eut que quatre cas où la présence d'adhérences entraîna de véritables complications.

3° Complications dues à la cicatrice utérine.

Insuffisance des contractions utérines ? — On pourrait penser *a priori* que le muscle-utérin présentant sur son trajet une solution de continuité due au tissu cicatriciel ne doive pas se contracter avec la même puissance.

Il n'en est rien, les accouchements spontanés survenus après section césarienne ne se comptent plus et s'il est noté parfois qu'une complication de forceps a été faite, c'est le plus souvent à titre préventif dans le but de protéger la cicatrice utérine contre des contractions utérines trop puissantes, et diminuer les risques toujours existants de rupture utérine.

Parmi nos observations d'accouchement spontané, deux sont à ce sujet particulièrement instructives :

Dans l'une (obs. xxxi) les contractions durent être assez puissantes pour triompher d'un bassin limité (l'enfant présentait une dépression du pariétal) et d'une quasi-primiparité; la durée fut de quinze heures et la femme accoucha d'un enfant de 3.450 grammes.

Dans le second cas (obs. xv) il y eut trois accouchements spontanés successifs de trois gros enfants (4.090, 3.900, 4.300 gr.) dont l'un même se présenta par la face.

Il n'y eut pas d'application de forceps : la durée du travail fut de 16 h., 27 h., 9 h. 30.

Rupture utérine. — On peut dire que toute la parturition est dominée par la menace de rupture utérine, elle-même sous la dépendance presque exclusive de l'état de la cicatrice. Aussi croyons-nous utile, avant d'aborder la question de rupture utérine, de chercher s'il existe des signes cliniques capables de renseigner sur l'état de la cicatrice :

Peut-on apprécier cliniquement l'état de la cicatrice utérine et surtout sa solidité ?

Les éléments, dont il semble *a priori* qu'on puisse tenir compte, peuvent se ranger sous trois catégories :

- 1^o Ceux fournis par l'*interrogatoire* de la femme;
- 2^o Ceux fournis par la *palpation* à travers la paroi abdominale;
- 3^o Ceux fournis par l'*exploration intra-utérine*.

1^o *Renseignements fournis par l'interrogatoire.* — Les conditions opératoires de la première opération césarienne doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la solidité présumée de la cicatrice.

Il faudra donc chercher à savoir si une technique correcte a été employée au cours de l'opération et si elle s'est faite dans des conditions d'asepsie suffisantes.

En principe, si la première césarienne a été faite longtemps après le début du travail, dans une installation de fortune, par un opérateur non spécialisé, si les suites opératoires n'ont pas été franchement favorables, on devra considérer la cicatrice comme mauvaise ou en tout cas douteuse.

La réciprocité de cette assertion n'existe malheureusement pas; nous avons vu que de mauvaises cicatrices peuvent succéder à des césariennes faites dans les meilleures conditions et dont les suites opératoires avaient été en apparence excellentes. « La quiétude pour l'avenir basée sur la simplicité des suites opératoires est injustifiée » (Couvelaire)¹.

L'appréciation de la solidité d'une cicatrice ne sera donc toujours que relative.

La répétition des césariennes est probablement un facteur d'aggravation réelle que — la deuxième section ait été faite au niveau même de la première cicatrice, ou en dehors d'elle.

1. Couvelaire, Rupture de la cicatrice d'une opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios (*Ann. de gyn. et d'obst.*, 1906, p. 144).

M. le professeur Bar¹ estime cependant qu'après plusieurs césariennes un amincissement est fréquent mais non nécessaire.

Il cite trois cas où la section césarienne fut pratiquée trois fois et où l'amincissement de la paroi au niveau et au voisinage de la cicatrice était peu marqué. Dans un autre cas où il y avait eu trois opérations césariennes antérieures, on termina l'accouchement par une version suivie de perforation de la tête dernière. Il y eut rupture du *segment inférieur* et l'on dut terminer par une hystérectomie : la paroi utérine au niveau de la cicatrice était très épaisse.

Gilles² rapporte une observation analogue où un utérus hystérotomisé deux fois et par surcroît distendu par un contenu gemellaire et examiné en plein travail, ne présentait pas d'amincissement appréciable; quelques points blancs de nature conjonctive étaient les seuls vestiges des cicatrices antérieures.

A ces cas nous pouvons opposer l'observation VI-VII où l'examen de la paroi utérine lors d'une deuxième section césarienne avait montré un léger amincissement de la partie moyenne de la cicatrice. Cet amincissement était si peu marqué qu'on crut pouvoir faire une césarienne itérative conservatrice. A une troisième gestation cette cicatrice fut le siège d'un hématome sous-péritonéal, avec fissure à la partie moyenne de la cicatrice.

1. Bar (*Archives mensuelles d'obst. et de gyn.*, 1919).

2. Gilles (*Bulletin de la Société d'obst.*, 1914).

Quelques contractions violentes seraient-elles survenues avant l'opération, il y aurait eu rupture.

2^o *Renseignements fournis par la palpation.* — On peut penser, *a priori*, que la palpation de l'utérus à travers la paroi abdominale peut permettre d'apprécier l'état de la cicatrice utérine, au moins dans les cas où la paroi abdominale est, elle-même, amincie.

Rien n'est plus trompeur.

M. Oui a pu dans un cas reconnaître au palper un cas d'amincissement mais il s'agissait d'un amincissement extrêmement marqué, c'est-à-dire d'une exception.

Parmi nos observations il en est quatre où ce détail a été noté. Dans l'observation XLVIII la paroi abdominale était très mince, et on avait eu l'impression que la paroi utérine était elle-même amincie, or la cicatrice utérine était relativement épaisse, et il y avait même entre elle et la paroi un voile d'adhérences ! Dans un autre cas (obs. XXVI) la paroi abdominale très amincie permettait de sentir facilement la paroi utérine, et la minceur apparente de la paroi utérine fut jugée si inquiétante, que contrairement à la règle admise, on décida de faire l'opération césarienne itérative avant le début du travail. Or l'amincissement de l'utérus était relativement peu marqué et de plus il y avait entre l'utérus et la paroi des adhérences assez nombreuses, celles-ci étaient seulement moins abondantes au niveau même de la cicatrice,

1. Oui (*Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 10 février 1908).

et c'est probablement cette zone de moindre épaisseur qui avait donné l'impression de moindre résistance.

Cette appréciation de l'état de la cicatrice prend une valeur particulière lorsqu'on se décide à laisser l'accouchement se faire spontanément; là encore on manque d'éléments d'appréciation : dans deux de nos observations (obs. XXXI et XLVI) ni pendant la gestation, ni pendant le travail, on ne nota quoique ce soit du côté de l'utérus qui pourtant était examiné avec un soin tout particulier, et ce n'est qu'après la délivrance qu'on put percevoir sur la face antérieure de l'utérus un sil on facilement perceptible à la main.

On s'explique fort bien que la zone cicatricielle même très amincie est tendue entre les deux lèvres de la cicatrice comme une peau de tambour, sous l'influence de la distension utérine et que mince ou épaisse elle offre toujours une résistance à peu près comparable.

3° *Renseignements fournis par l'exploration intra-utérine.* — C'est là la seule exploration qui donne quelques renseignements précis; c'est le plus souvent lors d'une césarienne itérative qu'on aura à la pratiquer. Après extraction du fœtus et du placenta, le doigt introduit à la face profonde de la cicatrice et l'explorant sur toute sa longueur sent fort bien si celle-ci est déprimée en gouttière, ou si elle présente une certaine épaisseur. En cas de doute l'exploration pourra se préciser en prenant la cicatrice entre les deux index l'un en dedans l'autre en dehors.

Cette exploration a pu nous montrer dans plusieurs cas (obs. XXI, XXVII, I) que l'aspect et la consistance extérieure d'une cicatrice ne correspondaient pas à sa morphologie profonde.

Cette exploration doit toujours être faite à la suite d'un accouchement spontané survenant chez une femme ayant subi la section césarienne. Elle a permis de voir dans un cas (obs. XV) l'état d'amincissement considérable d'une cicatrice chez une femme qui avait eu successivement et très facilement trois gros enfants.

*
* *
*

En résumé les renseignements fournis par l'interrogatoire, par le palper ne permettent pas d'apprécier l'état de la cicatrice.

Seule l'exploration intra-utérine combinée au palper permet d'apprécier l'état de la cicatrice. Mais cette exploration n'est praticable que dans des cas très limités !

***Il n'y a pas toujours de rapport absolu entre l'épaisseur
d'une cicatrice et sa solidité***

L'observation classique de Cocq et Masay¹ où l'utérus se rompit à une troisième gestation montrait une cicatrice dont l'épaisseur était macroscopiquement égale

1. Cocq et Masay (*Revue mensuelle de gyn., d'obst. et de péd.*, mai 1911).

à celle des tissus voisins; après la rupture ou plutôt la désunion cicatricielle on constata que les deux tranches de section n'étaient réunies que par des tractus conjonctifs assez denses et nombreux en partant de la séreuse, mais devenant rares lorsqu'on se rapprochait de la muqueuse.

Jeannin¹ a rapporté une observation analogue « la rupture correspondait très exactement à l'ancienne cicatrice; les lèvres de la plaie sont nettes, ayant leur épaisseur normale, pas d'adhérences. L'attention est attirée par l'aspect fibreux, blanchâtre de la tranche de rupture, il semble que les deux lèvres se soient décollées comme se décollerait une plaie opératoire quelconque dont on retirerait les sutures vers le troisième jour par exemple ».

Par contre il est des cicatrices très minces qui présentent une solidité extrême : Ferré² cite le cas d'une femme chez laquelle une partie de la cicatrice était réduite à une membrane cicatricielle ayant l'épaisseur et la consistance d'une feuille de parchemin. Après hystérectomie, Ferré pour se rendre compte de sa solidité, saisit la paroi des deux côtés de la zone amincie et exerça des tractions énergiques; la membrane cicatricielle ne céda sur aucun point, ce qui concordait avec sa résistance qui avait triomphé de trois jours de travail suivis d'un voyage de 22 kilomètres sur charrette, l'utérus étant vide de liquide amniotique.

1. Jeannin (*Obstétrique*, mars 1911, p. 316).

2. Ferré (*Annales de l'obst. et de gyn.*, 1914, p. 160).

Parmi nos observations, plusieurs (obs. xi, vi, v) montrent un amincissement considérable et la grossesse a évolué, le travail s'est déclaré sans qu'il y ait eu rupture; dans un autre cas, observation xxx, où l'on put constater lors d'une délivrance artificielle la minceur de la cicatrice, il y avait eu néanmoins trois accouchements successifs de gros enfants.

Nous pouvons donc conclure que : ni dans les anamnestiques, ni dans l'examen local, on ne trouve de symptômes objectifs permettant d'apprécier de façon sûre la solidité de la cicatrice utérine, et on ne peut éliminer *a priori* la possibilité d'une rupture utérine.

RUPTURE UTÉRINE

La rupture utérine constitue une menace non seulement au cours de toute la parturition mais déjà dans les derniers mois de la gestation.

1° — Fréquence

La fréquence est considérée d'une façon extrêmement variable selon les auteurs.

Krükenberg en 1886 d'après une statistique globale, donnait le chiffre de 40 à 50 ‰; mais il s'agissait de sections césariennes faites à une époque où on ne saurait pas l'utérus, aussi cette statistique n'a-t-elle ici qu'un intérêt historique.

Les statistiques plus récentes donnent :

1904. — Van Leuwen	2.06 ‰.
1909. — Singer	5.90 »
1911. — Marioton	2.50 »
1912. — Essen Moller	14 »
1916. — Haven et Young	8 »
1916. — Williams ¹	20 »

1. En Amérique, Loose donnerait 30 ‰ et Mason dans une série d'accouchements spontanés aurait eu 40% de ruptures utérines. N'ayant pu nous procurer les articles originaux, nous ne donnons ces chiffres que sous réserve.

Williams¹ estime que la fréquence relative des ruptures utérines après section césarienne semble augmenter depuis quelques années, et s'élève fortement contre l'abus de la césarienne.

Pendant longtemps la césarienne est restée considérée comme une opération dangereuse, « risquée », et les gestations qui lui succédaient étaient l'objet d'une attention toute particulière; la formule « césarienne une fois, césarienne toujours », n'était même pas discutée et la plupart des opérateurs stérilisaient la femme dès la deuxième opération (Porro, hystérectomie ou simple ligation des trompes).

Aujourd'hui les résultats habituellement favorables de la césarienne ont enhardi les opérateurs; ceux-ci se sont laissés aller à opérer dans des conditions d'asepsie moins rigoureuses; des chirurgiens non entraînés ont employé une mauvaise technique de suture. D'autre part la stérilisation dès la deuxième gestation n'est pas restée un dogme : on a fait deux, trois, quatre... sections césariennes sur le même utérus et même davantage ! On a admis plus facilement l'accouchement spontané ; la surveillance des gestations ultérieures s'est aussi quelque peu relâchée.

De sorte qu'à une période d'extrême prudence a fait suite une période de confiance exagérée.

Or, la surveillance des gestations survenant après une section césarienne a une importance primordiale. Cette importance est singulièrement illustrée par les faits

1. Williams (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1917, p. 194)

contenus dans notre série d'observations : sur les cinquante gestations survenues après césarienne, il s'est produit deux ruptures, soit 4 0/0, sans qu'on puisse trouver aucune lacune dans la surveillance de ces femmes qui étaient hospitalisées pour être complètement au repos. Mais si nous ajoutons à ces cas de ruptures complètes, les deux cas où la rupture était imminente (obs. XI, VII) et se serait vraisemblablement produite s'il y avait eu le moindre défaut de surveillance nous arrivons au chiffre de 4 cas sur 50 gestations, soit 8 0/0.

Nous voyons donc que les précautions prises pour mettre les femmes au repos, et sous une surveillance médicale attentive au cours d'une gestation survenant après section césarienne, peuvent diminuer dans une grande proportion la fréquence des ruptures utérines.

2° — Moment

Le moment où se produit la rupture utérine est variable; elle peut se produire pendant la gestation, au début du travail, pendant le travail. Si nous cherchons à établir un pourcentage de fréquence, nous constatons sur les 21 observations recueillies par Singer et Marioton et où ce point est noté :

7 ruptures pendant la gestation (dans les trois derniers mois);

6 ruptures dès le début du travail;

8 ruptures pendant le travail.

Dans nos deux observations (obs. III, XXXIV) la rupture se produisit une fois pendant la gestation, et une fois dès le début du travail.

La menace de rupture utérine est donc constante, à partir du sixième mois.

3° — Étiologie

La rupture de la cicatrice utérine provient d'une inégalité entre la « résistance » de la cavité utérine et la « pression » qu'elle a à subir.

Il est donc évident qu'on doit faire entrer en ligne de compte d'une part : toutes les causes qui diminuent la résistance de la cicatrice telles que technique défectueuse, répétitions des césariennes, insertion du placenta au niveau de la zone cicatricielle et d'autre part toutes celles capables d'augmenter la distension et la pression utérine telles que hydramnios, gros enfants, gémellité, etc...

Que la cicatrice soit réduite à l'état d'une frêle membrane, ou même que déjà il y ait une légère fissure, la simple distension de l'utérus, les plus légères contractions dont l'utérus est constamment le siège suffiront pour créer une brèche : il y aura rupture pendant la gestation.

Que la cicatrice soit au contraire un peu résistante, il faudra une élévation de pression intra-utérine déjà assez notable, des contractions répétées des fibres utérines pour provoquer la rupture qui se fera plus ou moins vite selon la puissance des contractions utérines et la résistance de la cicatrice.

Disons tout de suite qu'il sera généralement très difficile d'apprécier même approximativement la valeur de ces différents éléments étiologiques.

4° — Symptomatologie

La symptomatologie de la rupture utérine est extrêmement variable, mais d'une façon générale, on peut dire qu'on est en souvent frappé de l'absence presque complète des signes classiques de ruptures utérines survenant en dehors de toute section césarienne antérieure.

Le début est le plus souvent subit, brusque; *il n'y a pas de symptômes d'imminence de rupture utérine*. Le plus souvent il est dramatique avec angoisse, douleurs subites, pâleur, agitation. Mais dans d'autres cas il est insidieux. C'est en palpant l'abdomen qu'on est surpris de sentir les parties fœtales devenues brusquement très superficielles.

L'hémorragie est en général moins abondante que dans les ruptures utérines d'autres causes; John Osborn Polak cité par Williams¹ rapporte que dans seize cas de rupture utérine après césarienne il a été frappé du peu d'importance de l'hémorragie; dans les dix cas rapportés par Marioton, on ne trouve que deux cas où une hémorragie abondante est notée; dans nos deux observations au contraire l'abondance de l'hémorragie a été notée.

1. Williams (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1917, p. 194).

5° — Pronostic

Le pronostic de ces ruptures paraît plus favorable que celui des ruptures utérines en général : sur dix observations rapportées par Marioton, l'évolution a été notée dans six cas et la mort n'est survenue que dans deux cas, ce qui donne un pourcentage de 66 % de guérison. Les deux observations que nous rapportons se sont terminées également par guérison.

— — —

TROISIÈME PARTIE

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Quelle conduite doit-on tenir lors d'une gestation survenant chez une femme ayant subi la section césarienne ?

On peut dire que la conduite à tenir est dictée par la possibilité d'une rupture utérine qui peut survenir aussi bien pendant les derniers mois de la gestation qu'au début ou pendant le travail. Or, on ne peut avoir sur la valeur de la résistance de la cicatrice utérine que de simples présomptions. La conduite à tenir se résoudra donc dans ce qu'on est convenu d'appeler : l'expectative armée.

I. — Pendant la gestation

On a cité des cas où des ruptures s'étaient produites aux quatrième et cinquième mois, mais ce sont là des

faits exceptionnels et en pratique ce n'est que vers le sixième mois que la femme entrera dans la période où la rupture devient une éventualité rare mais possible.

La surveillance médicale de la gestation devra cependant être faite dès le début avec un soin particulier; mais vers le sixième mois il deviendra nécessaire de mettre la femme au repos complet et même de l'hospitaliser de façon à ce qu'elle puisse être opérée immédiatement au cas toujours possible où une rupture se produirait.

II. — Aux environs du terme

Dans quels cas peut-on laisser l'accouchement se faire spontanément ?

Toute la question se résout dans l'appréciation du rapport qui existe entre la résistance de la cicatrice utérine, et la pression qu'elle aura à supporter si on laisse l'accouchement se faire par les voies naturelles.

C'est sur l'appréciation réciproque de ces deux éléments qu'on se fondera pour prendre une détermination :

1^o La résistance de la cicatrice ne peut être que très imparfaitement appréciée, cependant il faudra tenir compte des suites de la première césarienne, de la répétition des sections césariennes, des renseignements qui ont pu être fournis lors d'un précédent accouchement par l'*exploration intra-ulérine* de la cicatrice.

2^o La pression que devra supporter la cicatrice si on laisse l'accouchement se faire par les voies naturelles

est plus facile à apprécier par l'examen clinique : la présence d'un rétrécissement même léger est en principe une indication à la césarienne itérative ; par contre si la présentation est favorable, si le col paraît devoir se dilater facilement, si le bassin est large, on devra laisser l'accouchement se faire spontanément.

Dans ces cas il sera utile de terminer par une application de forceps pour limiter autant que possible la durée de la période d'expulsion.

Il faudra faire après la délivrance une exploration intra-utérine de la cicatrice, combinée au palper abdominal pour se rendre compte de l'état anatomique de la cicatrice en vue d'éclairer la conduite à tenir lors des gestations ultérieures.

Quelle conduite tenir lorsqu'une opération césarienne itérative est décidée ?

1^o Doit-on opérer avant le début du travail ou dès le début du travail ?

En principe il est toujours préférable de donner à l'enfant la plus grande maturité possible ; mais ce principe doit s'effacer devant la crainte d'une rupture, si l'on constate une surdistension exagérée de l'utérus (hydramnios, gros enfant) ou si on a quelque inquiétude sur la résistance de la cicatrice (sections césariennes répétées, suites fébriles, exploration interne, etc...), c'est une question de cas particuliers.

2^o Dans quels cas doit-on faire une césarienne itérative conservatrice ?

La césarienne itérative conservatrice doit être strictement réservée aux cas purs et simples, c'est-à dire aux cas où il n'y a pas d'adhérences sérieuses, où la cicatrice utérine présente une apparence parfaite et lorsque cette impression est contrôlée par l'exploration intra-utérine et que toutes les autres conditions favorables sont réalisées.

3° Où et comment doit-on faire la nouvelle césarienne?

La question est discutée : les uns préfèrent inciser directement sur la zone cicatricielle, d'autres un peu en dehors d'elle et parallèlement à elle. Il nous semble que c'est la technique *de choix*. Elle permet d'apprécier la valeur de la cicatrice et, dans les cas d'amincissement, de la reséquer, pour pouvoir, après extraction de l'enfant, suturer en tissu sain.

4° Dans quels cas doit-on faire une césarienne itérative mutilatrice ?

On devra faire la césarienne mutilatrice chaque fois qu'il y aura des adhérences notables, chaque fois qu'on constatera des lésions cicatricielles étendues, difficilement reséquables, chaque fois que les conditions opératoires ne seront pas absolument favorables.

OBSERVATIONS

de la Clinique Baudelocque (1890-1920)

OBS. I¹. — *Accouchement par les voies naturelles après symphyseotomie chez une femme ayant subi une opération césarienne.*

Mme L..., 22 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : terminée par opération césarienne.

Indications. — Bassin aplati généralement rétréci.

Conditions opératoires. — Avant le début du travail. (Opérateur, M. Maygrier; aides, MM. Rochard et Demelin.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne. Hémorragie moyenne. Suture de l'utérus avec des fils de soie profonds qui traversent les trois tuniques de l'organe et des fils superficiels.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : 3.570 gr., sorti en bon état. 2^o Mère : suites simples. Temp. maxima 37°8 le 4^e jour. Lever au 20^e jour.

2^e gestation : 1898 (Baudelocque), terminée par accouchement par les voies naturelles après symphyseotomie.

1. Compte rendu de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 1899, p. 136.

Indications. — Demande expresse de la femme d'accoucher sans qu'on ait recours à l'opération « suprême ».

Conditions opératoires. — A terme, en travail, dilatation 5 fr.; membranes intactes. (Opérateur, M. Varnier.)

Compte rendu opératoire. — Symphyséotomie, écartement de 5 centimètres. Immédiatement la tête descend en transverse. Forceps. Déchirure du col et du vagin.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.710 gr., sort en bon état. 2° Mère : suites simples. Temp. maxima 38° au 4^e jour. Lever le 20^e jour.

OBS. II.— *Césarienne itérative (2^e césarienne) conservatrice pour bassin vicié.*

Mme M..., Hélène, 22 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1903 (Baudelocque, n°433), terminée par césarienne conservatrice, le 13 mars 1903. Dern. règles 30 mai-5 juin 1902.

Indications. — Bassin rétréci et asymétrique.

Conditions opératoires. — Huit heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, en voie d'effacement. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Pinard.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne classique. Placenta sur la face antérieure. Suture de l'utérus au catgut. Un plan de sutures musculaires, fils séparés, un plan séro-musculaire. Surjet. Deux injections d'ergotine sont faites pendant le surjet. Suture de la paroi en un plan.

Drainage utérin et abdominal.

Suites opératoires? — 1° Enfant : vivant, 2.620 gr., sort en bon état. 2° Mère : 38° pendant cinq jours, puis température normale. Sort le 40^e jour.

2^e gestation : 1904 (Baudelocque, obs. 1817), terminée par césarienne conservatrice, le 26 décembre 1904. Dern. règles 22-28 mars 1904.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : un an et demi.

Indications. — Bassin rétréci. Notion césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Six heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 2 francs. Membranes intactes. Temp. 36°5. (Opérateur, M. Sauvage; aide, M. Mouchotte.)

Compte rendu opératoire. — De solides adhérences péritonéales unissent la partie basse et la partie moyenne de la paroi utérine à la paroi abdominale, plus deux brides épiploïques, longues et fibreuses adhérant au péritoine pariétal en avant de l'utérus. Chaque coup de ciseaux donné pour agrandir l'incision abdominale doit être précédé d'une tunnélisation faite avec le doigt au travers des adhérences. La paroi abdominale une fois incisée, il faut détruire au doigt et aux ciseaux les adhérences solides et étendues qui empêchent de luxer l'utérus. Extériorisation de l'utérus; ponction de la paroi antérieure au bistouri, agrandissement aux ciseaux en allant de bas en haut : placenta inséré sur la paroi gauche et sur la paroi postérieure.

Mèche de gaze stérilisée utéro-vaginale. Ergotine.

Suture utérine : points séparés intra-musculaires au catgut n° 3. Surjet séro-musculaire au catgut n° 2; points séparés de catgut n° 1 sur déchirure linéaire du péritoine qui s'est produite au voisinage du fond pendant la libération des adhérences.

Après la suture les tranches de section ne saignent plus, mais un léger suintement sanguin persiste dans les points de la paroi utérine qui se sont trouvés dénudés pendant la libération des adhérences.

Quelques instants d'attente ayant montré que ce suintement est insignifiant l'utérus est remis en place.

Suture de la paroi abdominale en trois plans. Drain abdominal.

Suites opératoires. — 1° Enfant : 3.040 gr., sort en bon état.

2° Mère : 39° du 4^e au 7^e jour; 38°5, du 16^e au 20^e et 38° du 22^e au 25^e; 38° le 29^e, 30^e puis tous les 2 ou 3 jours, grandes oscillations thermiques. Lever au 40^e jour.

OBS. III. — *Rupture utérine au cours du neuvième mois chez une femme ayant eu une opération césarienne antérieure pour bassin oblique ovalaire. Guérison. Examen anatomopathologique*¹.

1^{re} gestation : 1903 (Baudelocque, obs. 1139), terminée par opération césarienne, le 7 juillet 1903. Dern. règles 20-25 sept. 1902.

Indications. — A terme, bassin oblique ovalaire, hydramnios.

Conditions opératoires. — Quinze heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, grande paume; membranes intactes. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire.)

Compte rendu opératoire. — Incision de la face antérieure de l'utérus au-dessus du segment inférieur. Ergotine. Suture musculaire à points séparés et suture séro-musculaire par un surjet (catgut). Drainage utérin, mais pas de drainage abdominal.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.080 gr., sort en bon état. 2° Mère : sub-fébrile, 38°-39° pendant les trois premiers jours puis suites normales. Sortie au 32^e jour.

2^e gestation : 1904 (?), terminée par un avortement de deux mois environ.

3^e gestation : 1905 (Baudelocque, obs. 1807), terminée par rupture de la cicatrice le 6 déc. 1905. Dern. règles 4-9 mars 1905.

Temps écoulé entre la première césarienne et la rupture : 2 ans.

(1) Observation publiée par M. Couvelaire in *Annales de gynécologie et d'obstétrique* 1906, p. 148.

Gestation normale; il ne semble pas cliniquement qu'il y ait des adhérences entre la paroi utérine et la paroi abdominale.

Hydramnios. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Mise au repos au dortoir.

Début brusque par douleur violente subite au milieu de la nuit. Aggravation rapide de l'état général, douleurs continues, ventre hyperesthésié, tendance syncopale, pâleur, cyanose des extrémités, accélération du pouls.

Opération. — Deux heures après le début des accidents. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire.)

Compte rendu opératoire. — Dès l'ouverture du ventre, s'écoule en abondance un liquide sanguin. Fœtus libre au milieu des anses intestinales. Mort.

L'utérus libre d'adhérences, porte sur sa face antérieure une large brèche verticale. A travers la brèche sort le placenta complètement décollé. Hysterectomie technique de Porro. Drain.

Suites opératoires. — Simples, sort un mois et demi après.

Recherches anatomo-pathologiques (Musée n° 175). — *Examen macroscopique.* — L'amputation de l'utérus a été faite à 1 centimètre au-dessous de la limite inférieure de la cicatrice. Le poids total de la pièce enlevée, annexes comprises est de 990 grammes. Le placenta pesait 490 gr.

La déchirure s'étend sur toute la hauteur de la face antérieure de l'utérus. Sur l'utérus retractoré elle est longue de 12 centimètres.

Dans ses 10 centimètres inférieurs, elle occupe la région de la cicatrice.

Chacune de ses lèvres porte la trace encore nettement reconnaissable des sutures anciennes, sous forme de petits îlots blanchâtres de 1 à 2 millimètres régulièrement étagés sur toute la hauteur de la surface péritonéale bordant la déchirure. Les deux centimètres supérieurs dévient à droite de la cicatrice. Celle-ci se poursuit intacte vers le fond de l'utérus sur une étendue de 4 centimètres.

L'extrémité supérieure de la cicatrice, plus rapprochée de l'insertion tubaire gauche (3 centimètres) que de la droite (8 centimètres) dépasse de 1 centimètre la ligne qui joint les deux insertions tubaires. Dans cette portion non rupturée existent quelques brisures d'adhérences lâches épiploïques. La cicatrice blanchâtre est légèrement gaufrée. On voit nettement trace des points de suture; mais on ne retrouve en aucun point trace des fils de suture (catgut).

Les lèvres de la déchirure sont irrégulières, infiltrées de sang. Leur épaisseur moyenne est de 3 centimètres. A l'œil nu, il semble que ces lèvres soient constituées par la paroi musculaire rupturée. L'examen microscopique a montré qu'il n'en était rien (voir plus loin).

Une coupe microscopique, perpendiculaire à la portion non rupturée de la cicatrice et passant par son milieu, permet de constater un amincissement considérable au niveau de la cicatrice.

L'épaisseur de la paroi utérine rétractée qui oscille entre 2,5 et 3 centimètres, diminue rapidement au voisinage de la cicatrice. Il semble que la paroi utérine soit creusée d'une profonde et étroite gouttière dont le fond est constitué par la région de la cicatrice amincie (2 à 3 millimètres d'épaisseur).

B. *Examen microscopique.* — Des coupes histologiques ont été pratiquées : 1° dans la région non rupturée de la cicatrice; 2° dans la région de la rupture.

1° *Région non rupturée de la cicatrice.* — Les coupes pratiquées perpendiculairement à la direction de la cicatrice comprennent toute l'épaisseur de la paroi. Elles ont été colorées, les unes à l'hématoxyline éosine, les autres au van Gieson dans le but de différencier nettement le tissu conjonctif du tissu musculaire. La paroi utérine qui, à 2 centimètres de la cicatrice, a une épaisseur de 3 centimètres, et une structure normale, s'amincit rapidement au point d'atteindre un minimum de 2 millimètres d'épaisseur, dans la région de la cicatrice fibromusculaire.

Sans discontinuité, le péritoine légèrement épaissi et la muqueuse présentent les caractères habituels de la caduque à la fin de la grossesse, tapissent les faces externes et internes de la zone cicatricielle. Quelques très discrètes suffusions sanguines dissocient les éléments de la caduque à ce niveau. L'épaisseur de la caduque est, sur la partie rétractée, un peu plus grande au niveau de la cicatrice qu'en dehors d'elle.

La paroi utérine amincie au niveau de la cicatrice est fibromusculaire. La prédominance du tissu fibreux s'atténue rapidement à mesure qu'on s'éloigne de la cicatrice. On voit bien sur les coupes la disposition du tissu fibreux, dont les traces englobent des faisceaux de fibres musculaires lisses hypertrophiées. Il y a un certain degré de sclérose périvasculaire. Il n'y a pas d'infiltration leucocytaire.

2° *Au niveau des lèvres de la déchirure.* — Les coupes ont été pratiquées dans les parties supérieure et inférieure de la brèche utérine sur l'une et l'autre lèvre. Elles comprennent toute l'épaisseur des lèvres de la brèche.

La rupture ne s'est pas produite dans la cicatrice, mais sur *le flanc droit de la cicatrice fibreuse*. L'épaisseur de la paroi rompue n'est que de deux millimètres. Cette paroi fibro-musculaire ne présente aucune altération de structure récente; pas d'infiltration leucocytaire, pas d'œdème.

L'étude anatomique de l'utérus rétracté peut se résumer de la façon suivante :

- 1° Insertion du placenta sur la région de la cicatrice;
- 2° Cicatrice fibreuse doublée d'une caduque banale;
- 3° Amincissement considérable de la paroi utérine dans la région de la cicatrice;
- 4° Déchirure de la région cicatricielle non pas au niveau, mais sur le bord de la cicatrice fibreuse.

OBS. IV. — *Césarienne itérative (2^e césarienne) suivie d'hystérectomie (Porro) pour bassin rétréci. Large plastron d'adhérences.*

Mme D..., Emma, 28 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : avril 1902 (Baudelocque, obs. 593), terminée par opération césarienne conservatrice, le 11 avril 1902. Dern. règles 20-25 juillet 1901.

Indications. — Bassin asymétrique, ankylose des deux articulations coxo-fémorales empêchant tout écartement des cuisses, trajets fistuleux, voisins de la vulve suppurant. Rachitisme. Coxalgie.

Conditions opératoires. — Cinq heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, intact; membranes rompues une heure avant (?). (Opérateur, M. Baudron; aide, M. Paquy.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne conservatrice. Incision verticale de la paroi abdominale (15 centimètres environ) le milieu de l'incision correspond à peu près à l'ombilic. L'utérus est ouvert *in situ*.

Incision sur la face antérieure de l'utérus (10 à 12 centimètres environ). Placenta inséré sur la face antérieure. Extraction de l'enfant saisi par les pieds. Sa tête en passant déchire légèrement le tissu utérin dont elle prolonge l'incision de 2 centimètres obliquement en bas et à droite. Utérus luxé hors de la cavité abdominale. Décollement du placenta et des membranes qui sont déchirées. Mèche utéro-vaginale. Ergotine. Suture de l'utérus points séparés au gros catgut; suture séro-séreuse (surjet) au catgut fin.

Suture de la paroi en un plan, crins de Florence. Drainage.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : vivant, 3.240 gr. Placenta, 480 gr. 2^o Mère : 38^o à 38^o6 pendant six jours puis température normale. Sort au 32^e jour.

2^e gestation : avril 1905 (Baudelocque, obs. 617), terminée

par césarienne itérative mutilatrice. (Porro), le 23 avril 1905.
Dern. règles 27-31 juillet 1904.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Quatre heures et demie après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 1 franc; membranes rompues quinze minutes avant premières douleurs. (Opérateur, M. Sauvage; aide, M. Mouchotte.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne mutilatrice. Porro. Incision de la paroi sur la partie inférieure de la cicatrice. Paroi intimement liée à l'utérus. En avant des ciseaux, l'index doit creuser un tunnel au milieu d'adhérences solides et résistantes. La symphyse péritonéale ne cesse qu'à quatre doigts environ au-dessus de l'ombilic. Libération de l'utérus qui est adhérent à la paroi dans les deux tiers inférieurs. Décollement des adhérences particulièrement difficile à gauche de l'incision où les ciseaux mordent en pleine paroi dans l'étendue d'une petite paume de main. D'autre part, l'utérus est encore rattaché par de solides tractus fibreux dont un mesure plus de trois doigts. Deux ou trois brides épiploïques adhérentes à la paroi.

Luxation de l'utérus hors du ventre, incision, extraction d'un enfant en état d'apnée, ranimé en quelques minutes. Extraction du placenta. Hystérectomie. Technique de Porro.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.000 gr. Placenta, 500 gr. 2° Mère : suites parfaites. Pas de température. Sort le 25^e jour.

Examen anatomo-pathologique (Musée n° 674). — La paroi utérine dans le rayon de la cicatrice a son épaisseur normale.

OBS. V. — *Césarienne itérative conservatrice* (2^e césarienne)
pour bassin rétréci.

Mme L..., Louise, 25 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : février 1908 (Baudelocque, obs. 324), terminée

par césarienne conservatrice, le 21 février 1908. Dern. règles 20-25 mai 1907.

Indications. — A terme. Bassin étroit, présentation frontale ? tendance à l'enclavement, orifice utérin en retrait et œdématié. M. Pinard conseille la césarienne conservatrice.

Conditions opératoires. — Treize heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col en retrait et œdématié, membranes intactes. T. ? (Opérateur : M. Mouchotte; aide : M. Cazeaux).

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne conservatrice classique. Extériorisation de l'utérus. Incision habituelle. Le placenta s'insère en avant, décollement au doigt. Extraction d'un enfant vivant présentant des déformations caractéristiques. Ablation du placenta et des membranes. Ergotine. Suture de l'utérus; toute la paroi par 8 catguts n° 2. Suture utérine musculo-séreuse au catgut n° 1 (surjet). Le péritoine du segment inférieur est légèrement soulevé par l'œdème. Drain abdominal. Suture de la paroi en 2 plans.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.000 gr. 2° Mère : 37°7 2 jours, puis suites normales. Se lève au 20^e jour.

2^e gestation : février 1909 (Baudelocque, n° 200) terminée par opération césarienne itérative conservatrice, le 3 février 1909. Dern. règles 12-16 avril 1908.

Indications. — A terme. Présentation frontale. Etant donnés les antécédents, M. Couvelaire décide d'intervenir par voie haute.

Conditions opératoires. — Quatre heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 5 francs. Membranes intactes. Temp. 37°1. (Opérateur, M. Couvelaire; aide, M. Lacasse.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne itérative conservatrice. Incision de la paroi sur le trajet de l'ancienne cicatrice. Quelques adhérences épiploïques à la paroi abdominale (paroi inférieure de l'incision) et à la paroi utérine tiers

moyen de la cicatrice. Extériorisation de l'utérus, assez aminci au niveau de la cicatrice de la première césarienne. Incision sagittale, on arrive à gauche sur le placenta recliné en bas avec le doigt pour permettre l'extraction de l'enfant par en-dessus. Grande quantité de liquide verdâtre. Désobstruction des voies respiratoires de l'enfant qui crie. Extraction du placenta et des membranes assez adhérentes. Ergotine. Suture de la paroi utérine points séparés, catgut n° 3. L'utérus revient facilement sur lui-même. Ligature sur l'épiploon. Suture péritonéale et suture de la paroi en deux plans. Drain.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.600 gr; placenta, 720 gr. 2° Mère : 37°5 et au-dessous. Sort en bon état un mois et demi après.

OBS. VI-VII. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie (Porro) pour bassin rachitique. (Examen anatomo-pathologique.)*¹

Mme X..., 23 ans, III^e pare.

1^{re} gestation. : 1907 (Baudelocque, obs. 191), terminée par opération césarienne conservatrice, le 4 février 1907. Dern. règles fin mai 1906.

Indications. — A terme. Bassin rachitique. Membranes rompues depuis une heure et demie.

Conditions opératoires. — Neuf heures et demie après le début des douleurs. Col, 2 francs. Membranes rompues, liquide vert. (Opérateur, M. Mouchotte; aide, M. Lacasse).

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne classique. Extériorisation de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant. Ergotine. Suture au catgut n° 3 : 8 points séparés perforants

1. Observation publiée par M. Couvelaire in *Rapport sur la Technique de l'opération césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode.* Société Obstétricale de France. Session de 1909.

comprenant toute l'épaisseur de la paroi, surjet séro-musculaire. Mèche de gaze utéro-vaginale. Drainage utérin et abdominal.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 2.750 gr., sort en bon état. 2° Mère : suites fébriles, 38°5-38° pendant 7 jours (congestion broncho-pulmonaire); sort six semaines après.

2^e gestation : 1908 (Baudelocque, obs. 688), terminée par opération césarienne itérative conservatrice. le 21 avril 1908. Conception en cours d'allaitement.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 1 an et 2 mois.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Six heures après le début des douleurs. Col, en voie d'effacement; membranes intactes. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Mouchotte.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne itérative conservatrice. Extériorisation de l'utérus. Pas d'adhérences. Incision parallèle à la cicatrice, côté gauche. Extraction d'un enfant débile. La première cicatrice est amincie dans sa partie moyenne. Suture au catgut n° 2 : 7 points séparés perforants comprenant toute l'épaisseur des tranches de section. Surjet séro-musculaire. Mèche de gaze utéro-vaginale. Drainage abdominal.

Suites opératoires. — 1° Enfant : débile, 2.050 gr., meurt le 3^e jour. 2° Mère : suites légèrement fébriles, 38°5 pendant 7 jours, puis temp. 37°. Sort le 20^e jour.

3^e gestation : 1909 (Baudelocque, obs. 354), terminée par césarienne mutilatrice le 2 mars 1909. Conception en cours d'allaitement.

Temps écoulé entre la première et la troisième césarienne : 2 ans et un mois.

Indications. — Notion des césariennes antérieures.

Conditions opératoires. — En travail prématuré. Col, en voie

d'effacement, membranes intactes. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Mouchotte.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne mutilatrice. Adhérences épiploïques aux cicatrices utérines, ligaturées au catgut et sectionnées à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la deuxième cicatrice; tuméfaction violacée sous-péritonéale du volume d'une noix (hématome, *rupture sous-péritonéale de la cicatrice*).

Extériorisation de l'utérus; section transversale du fond. Extraction d'un enfant débile. Porro.

Une adhérence fibreuse solide de l'épaisseur d'une plume d'oie fixe une anse grêle à la partie gauche de la paroi abdominale au voisinage immédiat de la limite inférieure de l'incision. Libération de l'intestin. Enfouissement au catgut de la surface dénudée.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : débile, 1.870 gr., meurt le 3^e jour. 2^o Mère : 38°-39° jusqu'au 4^e jour. Le 4^e, signes d'occlusion intestinale.

Laparotomie par M. Lecène. Mort, 11 heures après.

Recherches anatomo-pathologiques (Musée n^o 174) — Le fond de l'utérus a été sectionné transversalement en arrière des insertions tubaires. Au travers de la section césarienne fait hernie le placenta dont le pôle inférieur apparaît dans l'orifice utérin créé par l'amputation de Porro.

Les deux cicatrices parallèles et les légères brides épiploïques adhérentes marquent le milieu de la face antérieure de l'utérus. Au-dessous du tiers supérieur de la cicatrice gauche, la cicatrice est creusée d'un cul-de-sac correspondant à l'hématome sous-péritonéal constaté au cours de la laparotomie. La rétraction de l'utérus et les manœuvres d'hystérectomie l'ont probablement fait crever.

Une coupe perpendiculaire à l'axe utérin pratiquée dans cette région montre l'amaigrissement extrême des deux cicatrices séparées par un pont musculaire un peu plus épais. Le placenta

est encore adhérent sur la face antérieure de l'utérus. Il adhère encore, infiltré de sang, à la zone cicatricielle.

La coupe histologique montre l'extrême amincissement des cicatrices conjonctives aussi bien de celle qui s'est rompue que de sa voisine. Une caduque banale mais atrophiée tapisse la paroi utérine. La paroi utérine fibro-musculaire est dans la zone cicatricielle relativement épaisse.

Examen microscopique. — On préleva pour l'examen histologique des fragments de la paroi utérine aux deux points suivants :

1° A l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la cicatrice là où la zone cicatricielle est relativement épaisse;

2° Au-dessous du tiers supérieur de la cicatrice gauche, là où la cicatrice est creusée d'un cul-de-sac correspondant à l'hématome sous-péritonéal.

Les coupes furent colorées à l'hématéine éosine à l'hématoxyline orange et sur quelques-unes fut faite la coloration par le van Gieson.

Portion épaissie des cicatrices. — En ce point, la paroi utérine atteint une épaisseur minima de 1 cm. 5. Le trajet des deux cicatrices n'est pas apparent et sur les préparations examinées à l'œil nu, ou avec l'aide du microscope, il est impossible de le préciser, tout au moins dans sa partie moyenne.

Zone sous-péritonéale. — Sous la séreuse, les deux trajets cicatriciels sont un peu plus nets : ils sont obliques l'un par rapport à l'autre et par leur convergence, ils délimitent un îlot de forme triangulaire à base péritonéale.

Le myomètre — Dans tout le reste de l'épaisseur de la paroi utérine, il est impossible, même par un examen très attentif de trouver des modifications dans la texture, ou dans la structure du myomètre qui puissent révéler les lignes de récession des plaies césariennes. Les faisceaux musculaires ont leur volume normal, présentent leur intrication habituelle : il n'y a pas trace de sclérose, ni d'envahissement leucocytaire.

L'étude des préparations aux forts grossissements montre d'une part que, sur toute l'étendue des coupes, les fibres lisses ont le même volume, la même structure; d'autre part, le tissu conjonctif présente son aspect habituel: en aucun point, il n'existe d'infiltration leucocytaire; les vaisseaux ont leur structure normale.

Zone interne sous-muqueuse. — Dans la zone sous-muqueuse on trouve, en un point fort limité d'ailleurs des faisceaux musculaires plus petits que ceux que nous avons observés en plein myomètre. La constatation fréquente d'une diminution de volume des faisceaux musculaires au niveau des trajets cicatriciels nous conduit à penser que, dans le cas présent, ces faisceaux plus grêles marquent le trajet d'une des deux incisions, trajet invisible dans le reste de l'épaisseur de la paroi.

Muqueuse. — La muqueuse ou mieux la caduque qui revêt la zone des cicatrices ne présente aucun caractère spécial: on observe un très petit nombre de sections de tubes glandulaires.

Portion amincie des cicatrices. — A un simple examen à l'œil nu des coupes colorées de cette région, on distingue :

1° Deux lèvres épaisses, lèvre droite et lèvre gauche de la paroi utérine;

2° Un pont renflé dans sa partie centrale qui réunit les deux lèvres du côté péritonéal;

3° Deux amincissements correspondant aux deux extrémités de la languette ou du pont de jonction des deux lèvres.

Le pont de réunion des lèvres présente les épaisseurs suivantes: en son centre, 6 millimètres; à son extrémité gauche, 1 millimètre; à son extrémité droite, 1 demi-millimètre.

Ce pont représente la paroi utérine comprise entre les cicatrices des deux opérations césariennes: ses points d'attache aux lèvres représentent les trajets cicatriciels.

A l'examen microscopique, le pont apparent formé dans sa partie moyenne, renflée, de faisceaux musculaires, coupés

transversalement, sont essaimés au sein de ce tissu fibreux qui n'est que la couche conjonctive sous-péritonéale légèrement épaissie.

L'extrémité droite du pont musculaire, un peu plus épaisse que l'extrémité gauche est également mieux muscularisée : on trouve quelques faisceaux sectionnés transversalement du côté péritonéal, et du côté de la cavité utérine ou de la gouttière cicatricielle, de grêles faisceaux longitudinaux.

La séreuse péritonéale, le tissu conjonctif sous-jacent n'offrent rien de particulier. Quant à la caduque, qui tapisse les zones cicatricielles et le pont musculaire, elle est relativement peu épaisse : on n'aperçoit pas de cavités glandulaires. Elle offre un aspect compact. Les cellules déciduales sont volumineuses et leurs noyaux se colorent mal. Il n'existe pas de suffusions sanguines dans l'épaisseur de cette caduque, mais on y observe une infiltration leucocytaire, peu accentuée, d'ailleurs. Il n'y a pas d'infiltration de cellules déciduales, ni de masses plasmodiales dans la paroi utérine.

En résumé, les constatations anatomiques sont les suivantes :

- 1° Insertion du placenta sur les zones cicatricielles;
- 2° Réparation excellente musculaire, au niveau de la partie épaisse des cicatrices;
- 3° Défaut de réparation musculaire dans les parties amincies des cicatrices.

OBS. VIII. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne), suivie d'hystérectomie (Porro), Examen anatomo-pathologique*¹.

1^{re} gestation : 1907 (Baudelocque, obs. 1397), terminée par

(1) Observation publiée par M. Couvelaire in Rapport sur la technique de l'opération césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode. Société obstétricale de France. Session de 1909.

opération césarienne conservatrice, le 5 sept. 1907. Dern. règles 13-16 novembre 1906.

Indications. — Bassin rachitique.

Conditions opératoires. — Au cours du travail, une heure et demie après le début des douleurs. Col, 5 francs; membranes intactes. Temp. 37°. (Opérateur, M. Wallich; aide, M. Lacasse.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne classique. Extériorisation de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant. Drainage. Deux injections d'ergotine ont été nécessaires pour arrêter l'hémorragie.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.000 gr. 2° Mère : suites légèrement fébriles : 38°8, 38° pendant trois jours; puis 37° et au-dessous. Sort un mois après.

2° gestation : 1909 (Baudelocque, obs. 405), terminée par césarienne itérative mutilatrice, le 9 mars 1919. Dern. règles 15-20 juin 1908.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Quatre heures et demie après les premières contractions utérines douloureuses. Col (?). Membranes intactes. Temp. 36°8. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Wallich.)

Compte rendu opératoire. — Laparotomie. Adhérences épiploïques et utéro-pariétales solides sur toute la hauteur de la région cicatricielle. Section entre des pinces. Extériorisation de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant. Délivrance : le placenta s'insérait sur la face postérieure. Hystérectomie technique de Porro.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 2.400 gr. 2° Mère : légère réaction fébrile le 3^e jour : 38°5. Guérison. Sort le 40^e jour.

Recherches anatomo-pathologiques (Musée n° 170) — Les coupes perpendiculaires à l'axe de l'utérus, passant par la région de la cicatrice, montrent que dans la moitié supérieure la cicatrice est plus épaisse (2 cm. 5) que dans le tiers inférieur (1 cm. 5). L'épaisseur maxima de la paroi utérine en dehors de la cicatrice atteint 4 centimètres.

Cette cicatrice paraît suffisante, mais déjà à l'œil nu, on devine dans la moitié sous-péritonéale l'œdème du tissu conjonctif cicatriciel interposé entre les faisceaux musculaires. Ce tissu conjonctif est relativement lâche.

La partie réellement solide, musculaire de la cicatrice ne correspond qu'à la partie profonde, sous-muqueuse de la cicatrice.

Examen histologique (Dr Lelievre). — Un fragment comprenant toute l'épaisseur de la zone cicatricielle en sa partie amincie fut incluse et les coupes colorées par la technique ordinaire (hématéine suivie d'éosine et de van Gieson).

La paroi utérine avoisinant la zone cicatricielle ne présente rien de particulier : elle est constituée par un myomètre tel qu'on le trouve à la fin de la gestation. L'étude porta spécialement sur la zone cicatricielle qui, sur les coupes, affecte la forme d'un triangle irrégulier à base péritonéale.

Cette zone peut être décomposée en trois zones distinctes, étagées de l'extérieur à l'intérieur :

- 1° Une couche conjonctive sous-péritonéale;
- 2° Une couche conjonctive musculaire plexiforme;
- 3° Une couche interne sous-muqueuse, presque exclusivement musculaire.

La couche conjonctive sous-péritonéale est épaisse de 1 à 2 millimètres. Elle offre la structure des parties voisines de la cicatrice. Comme elles, elle est constituée par un tissu conjonctif assez dense : mais ce qui est remarquable en cette zone, c'est sa richesse vasculaire. Les sections de vaisseaux sont en effet nombreuses. La couche conjonctive musculaire plexiforme est plus intéressante. Elle est remarquable par la disposition en réseau lâche de ses faisceaux musculaires. Il n'y a pas, à dire vrai, de faisceaux en cette zone : il n'y a que des fascicules musculaires extrêmement minces; ils sont constitués par quelques fibres, cellules accolées : on aperçoit même, de çà de là, des éléments lisses isolés. Ces fibres, isolées ou réunies en fasci-

cules sont notablement plus petites que les fibres hypertrophiées des faisceaux examinés à distance de la cicatrice. Ces fascicules musculaires ne présentent pas une ordination définie : ils ont une disposition plexiforme et les mailles délimitées par les éléments musculaires sont occupées par un tissu conjonctif qui semble être uniquement cellulaire sans fibres conjonctives. Les coupes montrent très nettement que ce sont les faisceaux les plus externes, sous-péritonéaux de la musculature utérine, qui ont participé à la formation de la zone plexiforme.

Les faisceaux partis des lèvres paraissent se dissocier au fur et à mesure de leur pénétration dans la cicatrice. Les fibres grâciles de la zone plexiforme sont des éléments régénérés.

Les capillaires sont fort abondants dans cette couche musculaire. La zone musculaire plexiforme sur deux de ses côtés, est en rapport avec les faisceaux musculaires normaux de la paroi intacte; ces faisceaux voisins de la cicatrice sont volumineux : leurs éléments constituants sont hypertrophiés.

La dernière couche de la cicatrice est complètement musculaire. On n'y voit qu'une intrication de faisceaux de fibres lisses : le trajet de l'incision césarienne est presque invisible : une mince traînée de leucocytes serpentant au travers de cette couche musculaire est le seul indice du passage du couteau.

La cavité utérine ou plutôt la fente utérine qui, sur l'utérus retractoré s'interpose entre les deux lèvres qui bordent la zone cicatricielle est revêtue par la caduque.

Cette caduque présente ses caractères habituels sur la lèvre gauche : même épaisseur, même colorabilité de ses éléments même infiltration leucocytaire. Quand à la caduque qui revêt la lèvre droite, elle est moins épaisse. Au niveau de la zone cicatricielle proprement dite, la caduque offre les mêmes caractères.

L'examen histologique montre que la cicatrice n'est musculaire que dans une partie de son épaisseur : sa partie sous-muqueuse. La cicatrisation, au niveau de la couche sous-péritonéale n'a abouti qu'à une musculation très incomplète.

OBS. IX. — *Césarienne itérative conservatrice (2^e césarienne)
pour bassin rétréci.*

Mme F..., Antoinette, 31 ans, 11^e pare.

1^{re} gestation : septembre 1908 (Baudelocque, obs. 1546), terminée par opération césarienne conservatrice, le 11 septembre 1908. Dern. règles, 15-20 novembre 1907.

Indications. — A terme, version par manœuvres externes, la tête ramenée en bas, déborde nettement la symphyse. Bruit du cœur fœtal descendu à 104. M. Potocki prévenu, rompt la poche des eaux, liquide amniotique opalescent, puis décide l'opération césarienne.

Conditions opératoires. — Deux heures et demie après les premières contractions utérines douloureuses. Col : petite paume, membranes intactes. Temp. 36°5. (Opérateur, M. Lacasse aide, M. Cazeaux.)

Compte rendu opératoire. — Incision de la paroi. Extériorisation de l'utérus. Extraction d'un enfant en état de mort apparente, rapidement ranimé. Enlèvement du placenta inséré sur la paroi postérieure. Suture de la paroi utérine : 5 ou 6 fils séparés, catgut. Surjet musculo-séreux au catgut n° 2. Drain. Suture de la paroi en deux plans.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 2.640 gr. Placenta, 470 gr. 2° Mère : 37°-37°6 pendant 6 jours, puis suites normales. Sort en bon état trois semaines après.

2^e gestation : novembre 1909 (Baudelocque, n° 1924), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 27 octobre 1909. Dern. règles 13-20 février 1909.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 1 an et 2 mois.

Indications. — Présentation transversale, tête une fois ramenée débordant légèrement la symphyse, notion césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Cinq heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, en voie d'effacement. Membranes intactes. (Opérateur, M. Lacasse; aide, M. Couvelaire.)

Compte rendu opératoire. — Laparotomie. Petite adhérence de l'épiploon à la face antérieure de l'utérus. La cicatrice utérine de la première césarienne apparaît sous forme d'une mince ligne blanchâtre. Incision de la paroi utérine antérieure, suivant l'ancienne cicatrice et la dépassant en haut vers le fond. Extraction de l'enfant qui crie aussitôt. Décollement et extraction du placenta. Hémorragie assez abondante. La tranche de section pratiquée au niveau de l'ancienne cicatrice montre un très léger amincissement de la paroi utérine, à l'extrémité de l'incision première, ayant conservé son épaisseur normale sur tout le restant de son étendue, en raison de quoi l'utérus semblant suffisamment épais, M. Lacasse décide de le laisser.

Suture utérine : premier plan soie n° 2, une dizaine de points séparés intéressant toute la tranche utérine à l'exception de la muqueuse.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.350 gr. 2° Mère : légèrement fébrile pendant trois jours puis suites simples. Sort en bon état un mois après.

OBS. X. — *Opération césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie (Porro) pour bassin rétréci. Examen anatomo-pathologique.*

Mme M..., Françoise, 27 ans, III^e pare.

1^{re} gestation. — 1907 (chez elle), terminée par forceps. Garçon, mort 3 jours après sa naissance.

2^e gestation : 1908 (Baudelocque, obs. 1309), terminée par opération césarienne, le 4 août 1908. Dern. règles 17-21 septembre 1907.

Indications. — Présentation du front. Bassin rétréci. Accouchement antérieur dystocique. Œdème du col. Temp. 37°2.

Conditions opératoires. — Trente-six heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 1 franc; œdème du col; membranes rompues depuis 36 heures. (Opérateur, M. Mouchotte; aide, M. Eudes.)

Compte rendu opératoire. — L'utérus est incisé sur la ligne médiane; l'incision commence au-dessus du segment inférieur en se prolongeant jusqu'au fond utérin. L'incision rencontre le placenta qui s'insère en bas, en avant et à gauche. Il est récliné; l'enfant saisi par les pieds ne peut être extrait. Le segment inférieur gante complètement la tête fœtale. L'incision utérine doit se prolonger en bas sur le segment inférieur jusqu'au niveau du fond vésical. Malgré ce débridement, la tête reste enclavée par la partie de son segment qui a pénétré dans l'aire du détroit supérieur et pour l'extraire M. Mouchotte est obligé de mettre deux doigts dans la bouche et d'exercer des tractions énergiques et soutenues. L'enfant présente la déformation caractéristique de la présentation du front. Né en état d'apnée, il est ranimé. Nettoyage de la cavité utérine. Une mèche de gaze est passée de l'utérus dans le vagin; des débris membraneux très adhérents ne peuvent être que détachés imparfaitement du segment inférieur. Injection d'ergotine. La tranche de section de la paroi utérine retractée est très épaisse : 3 centimètres. Suture habituelle. Drain abdominal n° 40. Suture de la paroi en deux plans.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.720 gr., sort en bon état. Placenta discoïde, 500 gr. 2° Mère : 38° le 1^{er} jour, puis 37° et au-dessous. Sortie en parfait état 28 jours après.

3^e gestation : 1910 (Baudelocque, obs. 172), terminée par césarienne itérative mutilatrice, le 29 janvier 1910. Dern. règles 12-17 avril 1909.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 1 an.

Indications. — Bassin rétréci. Tête élevée. Notion césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Sept heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 1 franc; membranes intactes. Temp. 37°. (Opérateur, M. Lacasse; aide, M. Le Masson).

Compte rendu opératoire. — Ergoline. Incision médiane verticale. Pas d'adhérences de l'utérus à la paroi abdominale. Extériorisation. Incision de la paroi antérieure de l'utérus. On arrive directement sur le placenta inséré sur la face antérieure très adhérent au niveau de la cicatrice, on rompt les membranes, au-dessus du bord supérieur du placenta. Extraction du fœtus qui crie aussitôt. Hémorragie abondante. La cicatrice de la césarienne antérieure est notablement amincie à la partie supérieure sur une hauteur de 6 centimètres environ. Une ablation de l'utérus est décidée. Opération de Porro.

Suites opératoires. — 1° Enfant : 4.250 gr. Placenta, 810 gr. 2° Mère : suites simples; 37° et au-dessous. Sort un mois et demi après.

Recherches anatomo-pathologiques (Musée n° 665). — La cicatrice, parfaite à sa partie inférieure est amincie à sa partie supérieure sur une hauteur de 5 centimètres. La paroi utérine cicatricielle n'atteint qu'un centimètre d'épaisseur, alors que les lèvres sont épaisses de 4 centimètres. Il en résulte la formation d'une gouttière large et assez profonde ouverte du côté de la cavité utérine. A la surface de l'utérus, la région cicatricielle est légèrement déprimée.

Examen microscopique. — La zone cicatricielle est musculaire mais ne comprend que les faisceaux de la couche centrale du myomètre; il n'y a pas eu coaptation des faisceaux sous-péritonéaux. Les faisceaux musculaires de la cicatrice sont petits, un peu plus que normalement, disposés plus ou moins en plexus. Les espaces conjonctifs interfasciculaires sont larges ils semblent imbibés de sérosité, et donnent l'impression d'un tissu œdématié.

Dans la partie interne, sous-muqueuse de la cicatrice, les faisceaux musculaires de la zone cicatricielle ont une direction perpendiculaire à la surface de la muqueuse. La couche conjonctive sous-péritonéale présente, au niveau de la cicatrice, une très minime infiltration leucocytaire; on y voit la section de débris de fils de catgut et on ne remarque, à leur voisinage, aucune réaction inflammatoire.

La surface interne de la cicatrice est lapissée par la caduque inter-utéro-placentaire : elle est un peu moins épaisse que celle qui revêt les lèvres. Elle est compacte et ne présente pas trace de tubes glandulaires.

Immédiatement au-dessous de cette caduque atrophée, on trouve la section de fils de catgut. Ils siègent entre la décidue et la musculaire et sont plongés dans un tissu collagène qui n'offre aucune trace d'inflammation.

A la surface de la caduque, du côté de la cavité utérine, on voit la section de villosités choriales restées implantées sur la décidue inter-utéro-placentaire, mais il est impossible d'observer une pénétration dans la profondeur des éléments plasmodiaux ou des cellules de Langhans.

L'étude anatomique de cette cicatrice montre :

1° Que la cicatrisation est incomplète; les faisceaux périphériques du myomètre n'ont pas été coaptés;

2° Que la cicatrisation est musculaire : la cicatrice comprend presque toute l'épaisseur de la couche moyenne du myomètre;

3° Qu'il n'y a pas d'infiltration dans la zone cicatricielle d'éléments d'origine choriale ou d'origine déciduale;

4° Que les fils de catgut sont très bien tolérés et qu'il ne s'est formé, à leur voisinage, aucun foyer inflammatoire.

OBS. XI. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie (Porro) pour bassin rétréci.*

Mme C..., Julie; 25 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1908 (Baudelocque, obs. 436), terminée par césarienne conservatrice, le 10 mars 1908. Dern. règles 20-24 juin 1907.

Indications. — Bassin rétréci. Excès de liquide. Utérus bicorne.

Conditions opératoires. — Quatorze heures après les premières douleurs. Col, dilatation 5 francs. Membranes rompues. (Opérateur, M. Mouchotte, aide, M. Cazeaux.)

Compte rendu opératoire. — Incision utérine un peu oblique afin de ne pas être dirigée à son extrémité supérieure vers le point faible. Placenta inséré à droite et un peu en avant. La partie inférieure de l'incision utérine répond à son insertion. Rétraction franche de l'utérus, peu d'hémorragie. Suture utérine (toute la paroi) avec 8 catguts n^o 2. Surjet musculo-séreux au catgut n^o 2. Paroi en deux plans.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : 3.500 gr. Placenta, 650 gr. Mort à un mois. 2^o Mère : 37^o et au-dessous. Sort un mois et demi après.

2^e gestation : 1910 (Baudelocque, obs. 734), terminée par césarienne mutilatrice (Porro), le 2 mai 1910. Dern. règles 26-30 juillet 1909.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 2 ans.

Indications. — Bassin rétréci, césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Quatre heures et demie après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 50 centimes. Membranes (?). Temp. 37^o2. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Lacasse.)

Compte rendu opératoire. — Laparotomie. Extériorisation

de l'utérus : la partie inférieure du segment moyen de l'utérus est retenue par des adhérences à la paroi très épaisse sur une largeur de 10 centimètres environ et une hauteur de 5 centimètres environ. Incision médiane de la paroi utérine qui ne présente pas comme à la première opération l'apparence d'une malformation. Le placenta n'est pas rencontré.

On aperçoit à la partie supérieure du fond de l'utérus, à l'extrémité supérieure de l'ancienne cicatrice un petit hématome sous-péritonéal. Après incision de l'utérus on constate que la paroi utérine est fissurée déjà à ce niveau. Porro.

Suites opératoires. — 1° Enfant : 4.000 gr. Placenta, 660 gr. 2° Mère : 37° et au-dessous. Sort 43 jours après.

Recherches anatomo-pathologiques; (Musée n° 171). *Examen macroscopique.* — Étudiée sur l'utérus sectionné à différentes hauteurs de l'ancienne cicatrice, la paroi utérine est au niveau de cette dernière épaisse de 1 centimètre 2.

La cicatrice est marquée, sur la face antérieure de l'utérus par une dépression de la surface péritonéale. Du côté de la cavité utérine, la zone cicatricielle aboutit à une fente curviligne qui sépare les deux lèvres utérines dans leur partie non coaptée.

Examen microscopique. (D^r Lelièvre). — Des coupes de la région cicatricielle colorées à l'hématéine-éosine et au mélange de van Gieson montrent les détails suivants :

La zone cicatricielle a la forme d'un triangle à sommet très allongé, effilé, dont la base correspond à la dépression visible à la surface de la séreuse. Sur les coupes colorées par l'hématéine-éosine, le trajet cicatriciel est moins fortement teinté que les lissus avoisinants : après le van Gieson, par contre, sa coloration est plus intense et ce sont les préparations colorées par la rubine acide qui montrent le mieux les détails de structure de la cicatrice. Sur ces coupes, on voit nettement se détacher du sommet du triangle à base péritonéale, un tractus fibreux qui aboutit, du côté de la cavité utérine, à la fente constatée macroscopiquement.

L'étude microscopique montre que le tissu de la cicatrice est presque exclusivement du tissu conjonctif fibreux. Dans le triangle à base péritonéale, il existe de rares faisceaux musculaires disséminés au sein du tissu collagène; ils sont d'ailleurs remarquablement petits. Quant au tissu conjonctif, il est représenté par des faisceaux fibreux. Il n'existe pas d'œdème exagéré; il n'y a pas d'infiltration leucocytaire.

Le tractus qui réunit le triangle sous-séreux à la fente interne est complètement fibreux; il est impossible d'y apercevoir des fibres musculaires. Sur ces deux versants, on trouve des faisceaux de fibres lisses qui n'offrent de spécial que leur direction convergente vers la zone cicatricielle. Les faisceaux paraissent peignés, le tractus fibreux représentant la voie d'implantation.

L'examen de la séreuse péritonéale, du tissu sous-séreux, de la caduque qui revêt les lèvres en leur partie non coaptée ne montre rien de particulier.

OBS. XII. — *Opération césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie pour bassin rétréci.*

Mme H..., Hortense, 22 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1909 (Baudelocque, obs. 250), terminée par opération césarienne, le 11 février 1909. Dern. règles 12-17 avril 1908.

Indications. — Bassin rétréci.

Conditions opératoires. — Après premières contractions utérines douloureuses. Col: effacé. Membranes intactes. Temp. 36°5. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Lacasse.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne classique. L'utérus est incisé verticalement; le placenta est inséré à la paroi postérieure.

Extraction d'un enfant vivant. Décollement et extraction du placenta et des membranes.

Suture au catgut n° 3 (7 points séparés) de toute l'épaisseur de la paroi utérine, 4 ou 5 points complémentaires au catgut n° 3 musculo-séreux. Fermeture de la paroi abdominale par plans. Pas d'injections d'ergotine.

Suites opératoires. — Enfant : 2.830 gr. sort en bon état. Mère : 38°5 le 1^{er} jour, 38° le 2^e, puis 37°. Sortie un mois et demi après.

2^e gestation : 1910 (Baudelocque, obs. 1160), terminée par césarienne itérative mutilatrice, le 30 juillet 1910. Dern. règles 19-24 oct. 1909.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 17 mois.

Conditions opératoires. — Au début du travail. Membranes intactes. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne classique suivie d'hystérectomie sub-totale.

Pas d'adhérences au niveau de la face antérieure de l'utérus. Une seule adhérence épiploïque lâche sur la paroi postérieure. Ponction et incision transversale du fond de l'utérus allant de la corne utérine gauche à la corne utérine droite. Le placenta est coupé dans l'incision. La paroi utérine au niveau de la cicatrice a une épaisseur suffisante.

Extraction d'un enfant ranimé quelques instants après.

Hystérectomie sub-totale. Péritonisation, drainage.

Fermeture de la paroi par plans.

Suites opératoires. — Enfant : 2.600 gr. Placenta, 290 gr. Mère : suites normales. Sort un mois après.

OBS. XIII-XIV. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie pour rétrécissement cicatriciel vagino-recto-périnéal*¹.

1. Observation publiée par M. Couvelaire, *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, séance du 3 avril 1911.

Mme X..., 28 ans, IV^e pare.

1^{re} gestation : 1907, terminée par application de forceps au détroit supérieur, déchirure du périnée.

Suites.— Enfant mort. Restauration périnéale nécessaire six mois après.

2^e gestation : 1908, terminée par césarienne conservatrice.

Indications. — Bassin peu spacieux, col et cul-de-sac vaginaux cicatriciels, vagin et périnée peu aptes à subir l'amplication nécessaire au passage d'un enfant de volume moyen à terme.

Conditions opératoires. — Six heures après les premières contractions douloureuses, membranes rompues, col incomplètement effacé et entr'ouvert. Enfant volumineux, tête fœtale non engagée. (Opérateur, M. le Professeur Couvelaire; aide M. Bonamy.)

Compte rendu opératoire. — Utérus tordu de gauche à droite, les annexes droites presque sur la ligne médiane. Extériorisation de l'utérus. Incision sagittale de la face antérieure après injection de 1 centimètre cube d'ergoline Yvon. Extraction d'un garçon vivant de 4 kilogr. Délivrance sans incident. Suture en un plan au catgut n° 3 (points perforants) et points intermédiaires séro-musculaires au catgut n° 2. Drainage abdominal. Hémorragie modérée au cours de l'intervention. Le placenta ne s'insérait pas sur la région de l'incision.

Suites opératoires. — Simples. Drainage supprimé le 3^e jour. Température centrale maximum 38° le 4^e jour. Lever le 23^e jour. Cicatrice abdominale solide.

3^e gestation : 1909, avortement de deux mois sans complications.

4^e gestation : 1910, terminée par césarienne itérative mutilatrice.

Indications. — A partir du cinquième mois douleurs abdominales, tiraillements qui nécessitent un repos presque complet. Pas d'accommodation pelvienne. L'utérus est développé trans-

versalement. Le fœtus est placé en situation transversale, la tête dans la fosse iliaque gauche. Cette attitude est irréductible et il est impossible de ramener la tête au niveau de l'aire du détroit supérieur. D'où intervention avant début du travail.

Conditions opératoires. — Avant le début du travail. (Opérateur, M. Couvelaire; aide, M. Bonamy.)

Compte rendu opératoire. — La raison de l'irréductibilité de l'attitude vicieuse du fœtus fut trouvée dans une symphyse totale de la région de la cicatrice utérine et de la cicatrice abdominale. Il n'y avait pas d'adhérences intestinales mais seulement une adhérence utéro-épiphloïque. L'utérus ne put être que partiellement extériorisé. La section césarienne porta sur la région de la corne gauche. Hystérectomie supra-vaginale après pincement et section des trois pédicules vasculaires. Fermeture du col par 3 points en V. Drainage.

Suites opératoires. — Enfant : vivant, 3.400 gr. Mère : légère phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche.

Recherches anatomo-pathologiques. (Musée N° 312). — Le placenta s'insérait sur la région de la cicatrice. Sur toute sa hauteur la région cicatricielle offre la même épaisseur que les autres parties de la paroi du corps de l'utérus.

OBS. XV-XVI-XVII-XVIII. — *Césarienne conservatrice en 1903. Trois accouchements spontanés ultérieurs. Au dernier : délivrance artificielle qui fit constater un amincissement de la cicatrice de la césarienne. Césarienne itérative suivie d'hystérectomie (Porro) à la cinquième gestation. Examen anatomo-pathologique.*

Mme M..., Sylvia, Ve pare.

1^{re} gestation : 1903 (Baudelocque, obs. 960), terminée par opération césarienne, le 6 juin 1903. Dern. règles 28 août-4 sept. 1902.

Indications. — Tumeur proëvia empêchant l'engagement de la tête.

Conditions opératoires. — Neuf heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, en voie d'effacement. Membranes (?). (Opérateur, M. Segond.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne conservatrice classique : deux plans de sutures au catgut. Ablation très simple d'une tumeur solide de l'ovaire, pédiculée.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 4.180 gr. 2° Mère : suites fébriles (39°-40°) pendant trois semaines.

2° gestation : 1904 (Baudelocque, obs. 1663), terminée par accouchement spontané, le 25 novembre 1904. Dern. règles 25-29 fév. 1904.

Temps écoulé entre la première césarienne et cet accouchement : 17 mois.

Examen obstétrical. — A terme, présentation céphalique. Engagement effectué O. I. D. P.

Durée du travail 16 heures et demie. Accouchement spontané.

Suites. — 1° Enfant : 4.090 gr. Placenta, 580 gr.; 2° Mère : suites normales. Pas de température.

3° gestation : 1906 (Baudelocque, obs. 1495), terminée par accouchement spontané, le 7 septembre 1906. Dern. règles 22-28 novembre 1905.

Examen obstétrical. — A terme, présentation céphalique. Engagement effectué O. I. G. A.

Durée du travail : 27 heures. Accouchement spontané.

Suites. — 1° Enfant : 3.900 gr.. Placenta, 530 gr. 2° Mère : suites normales, pas de température.

4° gestation : 1909 (Baudelocque, obs. 132), terminée par présentation de la face et accouchement spontané, le 22 janvier 1909. Dern. règles 5-10 avril 1908.

Examen obstétrical. — A terme, présentation de la face en M. I. D. P.

Durée du travail : 9 h. 30. Délivrance artificielle pratiquée par

M. le professeur Couvelaire au cours de laquelle on constate que la paroi utérine est très amincie sur les 2/3 supérieurs de la cicatrice. On décide que si la femme est enceinte à nouveau, on pratiquera une intervention par la voie haute dès le début du travail.

Suites. — 1° Enfant : 4.300 gr. Placenta, 760 gr. 2° Mère : suites normales.

5^e gestation : 1910 (Baudelocque, obs. 1524), terminée par opération césarienne itérative mutilatrice (Porro), le 7 octobre 1910. Dern. règles 30 décembre-4 janv. 1910.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 7 ans et demi.

Indications. — Notion d'un amincissement considérable de la cicatrice.

Conditions opératoires. — Avant le début du travail (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Lacasse.)

Compte rendu opératoire. — La paroi abdominale présente au-dessous de l'ombilic un raphé d'éventration très prononcé. La cicatrice paraît adhérente à l'utérus.

Incision cutanée verticale en dehors de la zone d'adhérences partant en bas de la limite supérieure du segment inférieur, remontant sur une étendue de 20 centimètres environ. Paroi très épaisse : dissection prudente de la paroi. Boutonnière sous-ombilicale au péritoine.

Extériorisation de l'utérus : adhérences épiploïques sur la paroi antérieure de l'utérus : section des adhérences. Incision transversale du fond de l'utérus, d'une trompe à l'autre. Hystérectomie technique. de Porro.

Suites opératoires. — 1° Enfant : 3.220 gr. 2° Mère : suites apyrétiques. Sort un mois après.

Recherches anatomo-pathologiques. — Musée N° 146. Les coupes perpendiculaires à l'axe utérin, pratiquées dans la région cicatricielle, montrent un amincissement extrême de la cicatrice qui n'est représentée que par un pont musculaire excessivement

mince. Il s'ensuit que la paroi utérine revêt l'aspect dans cette région, d'une gouttière ou d'une coupe, dont le fond répond à la zone amincie, cicatricielle.

Lèvres. — Les lèvres de la cicatrice, de forme triangulaire puisque par leur union elles constituent le pont cicatriciel, ne présentent rien de spécial à noter. Les faisceaux musculaires les plus internes et les plus externes (c'est-à-dire péritonéaux) ont, pour la majeure partie, une direction longitudinale (par suite circulaire sur l'organe *in situ*). Entre ces lames musculaires parallèles le myomètre est constitué par des faisceaux entrecroisés, enchevêtrés, petits et séparés du tissu conjonctif lâche assez développé; plus on approche du pont cicatriciel, plus les faisceaux se réduisent, plus leurs fibres diminuent de volume.

Une caduque banale revêt les lèvres de la paroi utérine : mais, fait à noter, son épaisseur est d'autant plus grande qu'on l'étudie en des points plus reculés de la région cicatricielle.

Le pont cicatriciel. — Excessivement réduit en épaisseur, constitué par l'accolement des sommets des deux triangles représentés par les lèvres utérines, ce pont est intéressant de par sa constitution.

Il est formé par la couche conjonctive sous-péritonéale et par une bande musculaire très légèrement plus épaisse que la couche péritonéale; cette demi-coupe est parcourue par de gros vaisseaux; on aperçoit la section transversale en oblique de six gros vaisseaux.

Etudiée à un plus fort grossissement, cette bande musculaire apparaît constituée par cinq plans musculaires; le plan interne est coupé transversalement, le deuxième est longitudinal; même alternance pour les faisceaux plus externes. De plus, ces faisceaux sont peu volumineux, leurs éléments constitutifs sont petits : ils sont tassés les uns contre les autres et le tissu conjonctif interposé entre eux est très réduit.

Les couches musculaires qui constituent ce pont cicatriciel se continuent à leurs deux extrémités, non pas avec les couches

périphériques ou sous-péritonéales du myomètre, mais très nettement avec les couches les plus internes.

Il s'ensuit qu'il ne s'agit pas ici d'un amincissement total de la paroi utérine, mais d'un refoulement, d'une hernie du myomètre interne, sous-muqueux; la cicatrisation n'ayant pas coapté les faisceaux moyens et externes du muscle utérin.

La surface interne de ce pont cicatriciel est en rapport avec les villosités choriales, mais par suite probable d'un artifice de préparation lors de la confection des coupes, il y a absence totale de caduque en cette région. Les villosités fœtales n'adhèrent pas au pont musculaire; elles en restent séparées par une zone semi-lunaire, close, aux deux extrémités du croissant, par l'adhérence des villosités fœtales à la caduque.

En un seul point, au centre du pont cicatriciel, on aperçoit accolé aux villosités choriales, un fragment de caduque, reconnaissable à ses glandes dilatées.

La cavité de la cupule formée par les lèvres utérines est occupée par le placenta; ce dernier est replié sur lui-même et on en voit la cavité amniotique transformée en un canal ou cul-de-sac.

L'examen anatomique montre donc :

Que la paroi utérine en sa région amincie, est réduite à un pont fibro-musculaire très mince;

Que la coaptation n'a porté que sur les parties sous-muqueuses des tranches musculaires;

Que l'insertion du placenta sur cette zone si mince ne s'est accompagnée d'aucun essaimage d'éléments choriaux dans la paroi fibro-musculaire.

OBS. XIX. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie (Porro) pour bassin canaliculé.*

Mme L..., Eugénie, 36 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1907 (Baudelocque, obs. 499), terminée par

césarienne conservatrice, le 27 mars 1907. Dern. règles 10-15 juin 1906.

Indications. — Bassin canaliculé. Présentation du siège. M. Pinard fait la version externe pour pouvoir apprécier par le palper mensurateur les rapports entre les dimensions de la tête fœtale et celles du détroit supérieur. Il constate que la tête déborde beaucoup et pose l'indication suivante : on interviendra par la voie haute au début du travail, on fera la césarienne conservatrice si les circonstances le permettent.

Conditions opératoires. — Deux heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, en voie d'effacement. Membranes intactes. Temp. 36°4. (Opérateur, M. Mouchotte; aide, M. Lacasse).

Compte rendu opératoire. — Césarienne classique. Suture de la paroi utérine avec 7 catguts n° 2 qui traversent toute l'épaisseur des deux tranches de section. Surjet musculo-péritonéal profond au catgut n° 2. Fermeture de la paroi abdominale par plans. Drainage utérin et abdominal. Ergotine au moment de la suture utérine.

Suites opératoires. — 1° Enfant vivant, 3.400 gr. 2° Mère : 37° et au-dessous, sort en bon état un mois après.

2° gestation : 1911 (Baudelocque, obs. 804), terminée par césarienne mutilatrice, le 8 juin 1911. Dernières règles 20-22 août 1910.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 4 ans.

Indications. — Notion césarienne antérieure. Bassin canaliculé.

Conditions opératoires. — Cinq heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 5 francs; membranes intactes. M. Pinard conseille l'intervention immédiate par la voie haute. Par le palper on a l'impression qu'il y a des adhérences, mais il ne semble pas qu'il y ait des adhérences profondes très marquées. (Opérateur, M. Le Masson; aide M. Lacasse).

Compte rendu opératoire. — Incision classique verticale un peu à droite de la cicatrice ancienne. La paroi abdominale est adhérente par sa partie profonde à la surface extérieure de l'utérus par des adhérences assez lâches, au niveau de la cicatrice, à la partie supérieure sur une étendue de 5 centimètres environ. Dissociation des adhérences. Vers le fond de l'utérus une adhérence épiploïque à l'utérus.

Extériorisation de l'utérus. Incision transversale du fond de l'utérus pour ménager la cicatrice ancienne. On rencontre immédiatement le placenta inséré sur le fond, il est récliné. On perfore les membranes et on extrait l'enfant. Décollement et extraction du placenta et des membranes. Hystérectomie, technique de Porro.

Etat de la cicatrice (?)

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.670 gr. Placenta 460 gr. 2° Mère : évolution simple apyrétique. Sortie un mois après.

OBS. XX. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne), suivie d'hystérectomie.*

Mme N.... 31 ans, V^e pare.

1^{re} gestation : 1902 (chez elle), terminée par basiotripsie.

Suites. — Phlébite de jambe gauche pendant quatre mois.

2^e gestation : novembre 1904 (chez elle), terminée par basiotripsie.

Suites. — Normales.

3^e gestation : décembre 1905 (chez elle), terminée par basiotripsie.

Suites. — Fistule vésico-vaginale. Cinq mois d'hôpital. Guérison spontanée.

4^e gestation : décembre 1907 (hôpital de Caen), terminée par opération césarienne conservatrice.

Indications. — Rupture prématurée des membranes au 8^e mois, 48 heures avant le début du travail. Notion des accouchements antérieurs.

Conditions opératoires. — (?) heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col (?). Membranes rompues prématurément. (Opérateur, M. Guillet.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne conservatrice. Extraction d'un enfant vivant.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : vivant, 2.750 gr. 2^o Mère : suites normales puis le vers 15^e jour formation d'un abcès au niveau de la cicatrice. Formation d'un trajet fistuleux qui se cicatrise spontanément au bout de 18 mois.

5^e gestation : novembre 1911 (Baudelocque, obs. 1588), terminée par opération césarienne itérative mutilatrice. le 11 novembre 1911. Dern. règles 20 fév. 1911.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 3 ans et 11 mois.

Indications. — Tête débordant considérablement. Notion de la césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Trois heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col déhiscent, en voie d'effacement, membranes intactes. Temp. 36°7. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide M. Lévy-Solal.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne mutilatrice. Incision sus et sous-ombilicale passant à droite de la première cicatrice et de l'ombilic. Paroi si mince que l'incision intéresse d'emblée toute l'épaisseur du muscle utérin à sa partie inférieure. Impossible d'extérioriser l'utérus, prolongement de l'incision en haut et en bas. Enucléation toujours impossible. On incise l'utérus sur place. Extraction d'un enfant vivant. Décollement manuel du placenta. Libération de l'utérus et de ses adhérences. Amputation de l'utérus. On sectionne l'épiploon adhérent au péritoine pariétal. 12 ligatures sur les franges épiploïques (catgut n° 1). Réfection de la paroi en un plan,

points séparés à la soie n° 4, 1 point prenant le péritoine du moignon.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 2.650 gr. 2° Mère : 37°-38° pendant 3 jours, puis 37°. Sort le 40^e jour.

Recherches anatomo-pathologiques (N° du Musée 326) Épaisseur minima 12^{mm}. Cicatrice suffisante.

OBS. XXI. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie pour bassin annelé.*

Mme S..., 39 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1907 (Saint-Antoine), terminée par césarienne conservatrice classique.

Indications. — Bassin rétréci et défaut d'engagement de la tête au cours du travail.

Conditions opératoires. — Au cours du travail. (Opérateur M. Brindeau.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne classique. (Pas d'extériorisation de l'utérus.) Suture de l'utérus à la soie, points séparés, non perforants.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.350 gr. 2° Mère : suites normales.

2^e gestation : 1912 (Baudelocque, obs. 1332), terminée par césarienne itérative mutilatrice, le 19 octobre 1912. Dern. règles 21-29 décembre 1911.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 5 ans et 9 mois.

Indications. — Bassin annelé. Notion césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Sept heures après premières contractions utérines douloureuses. Col en voie d'effacement, membranes intactes. Temp. 37°2. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Pottet.)

Compte rendu opératoire. — Laparotomie sus et sous-ombi-

licale à gauche de la ligne médiane et en dehors de la cicatrice précédente. La paroi abdominale ouverte, on libère à droite, deux adhérences épiploïques, une supérieure, l'autre inférieure. Cette dernière peu vascularisée.

Extériorisation facile de l'utérus. Cicatrice de la césarienne précédente à peine visible.

Incision de l'utérus sur la ligne médiane, partant de la moitié supérieure de la cicatrice ancienne et allant jusqu'au fond sur une longueur de 11 centimètres environ; l'incision est juste suffisante pour permettre l'extraction du fœtus. Décollement et extraction du placenta inséré à droite et en arrière.

Exploration, par l'intérieur de la cavité utérine, de l'ancienne cicatrice qui présente dans sa partie inférieure un amincissement notable. Bien que celui-ci soit à la rigueur compatible avec une troisième gestation, on décide pour cette femme de 39 ans qui a déjà eu deux enfants vivants de pratiquer une hystérectomie sub-totale.

Hystérectomie sub-totale. Drain dans le Douglas.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.600 gr., sort en bon état. Placenta, 400 gr. 2° Mère : suites simples, 37° et au dessous. Sort au 35° jour.

Recherches anatomo-pathologiques (Musée n° 672). — La paroi dans la région de la cicatrice mesure 2 centimètres d'épaisseur.

OBS. XXII. — *Césarienne itérative conservatrice (2° césarienne) pour bassin rétréci.*

Mme L..., 24 ans, III^e pare.

.1^{re} **gestation** : 1909 (Baudelocque, obs. 10181, terminée par basiotripsie le 21 juin 1909. Dern. règles 8-12 septembre 1908. Enfant de 3.450 gr. sans masse cérébrale et après perte de méconium. Placenta, 550 gr.

2^e gestation : 1910 (Baudelocque, obs. 1089), terminée par césarienne classique, le 16 juillet 1910. Dern. règles 8-12 octobre 1909.

Indications. — Notion d'une basiotripsie antérieure. Bassin rétréci. P. S. P. 10,3. Gros enfant H. U. 41.

Conditions opératoires. — Col : grande paume. Membranes, intactes, poche des eaux faisant saillie dans le vagin. (Opérateur, M. Le Masson.)

Compte-rendu opératoire. — Incision de l'utérus sur la ligne médiane vers le fond. Le placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus est incisé du même coup de bistouri. Extraction du fœtus.

Suture de l'utérus avec de la soie plate n° 2 en points séparés et comprenant toute l'épaisseur de la paroi non compris la muqueuse.

Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Enfant vivant, 4.100 gr. Placenta, 640 gr. Mère : 5 jours d'état sub-fébrile, 38°-39°, puis suites normales (Temp. 37°). Sort un mois après.

3^e gestation : 1912 (Baudelocque, obs. 1376), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 29 octobre 1912. Dern. règles 1-4 février 1912.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 27 mois.

Indications. — Notion césarienne antérieure. Disproportion entre la tête fœtale et le bassin.

Conditions opératoires. — Six heures après le début du travail, membranes intactes, col en voie d'effacement. Temp. 37°2. (Opérateur, M. le Masson.)

Compte rendu opératoire. — Pas d'adhérences intestinales, ni épiploïques. Cicatrice de l'ancienne césarienne à peine visible. Section nouvelle au bistouri puis aux ciseaux partant du bord supérieur de l'ancienne incision, remontant vers le fond de l'utérus et secondairement prolongée de 2 centimètres vers le

trajet cicatriciel ancien de haut en bas. Ergotine.

Placenta inséré en avant.

Exploration de dedans en dehors de la cicatrice ancienne qui paraît excellente. Dans ces conditions on fait une seconde césarienne conservatrice.

Suture à points séparés perforants au catgut n° 2. L'utérus ne se contracte que tardivement aux derniers points de suture. Drain abdominal.

Suites opératoires. — Enfant : 3.825 gr. Placenta, 540 gr. Mère : état sub-fébrile (38°-39°) pendant 3 jours, puis suites normales. Sort un mois et demi après en bon état.

OBS. XXIII. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie (Porro) pour bassin cypholique. Examen anatomo-pathologique.*

Mme X..., 35 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1911 (Beaujon), accouchement gémellaire, césarienne classique conservatrice, deux filles mortes au cours de la première année.

2^e gestation : 1913 (Baudelocque, obs. 128), terminée par césarienne itérative mutilatrice, le 28 janvier 1913. Dern. règles : 28 avril-1^{er} mai 1912.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 2 ans.

Indications. — Cyphose très accusée. Rétrécissement très marqué du détroit inférieur (trois doigts de champ) ne sont pas admis). Notion césarienne antérieure.

La paroi abdominale distendue est le siège d'une cicatrice linéaire sus et sous-ombilicale très amincie.

Conditions opératoires. — Deux heures après le début du travail, membranes intactes. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Lévy.)

Compte-rendu opératoire. — Laparotomie sus-et sous-ombilicale. L'épiploon adhère à la partie supérieure de l'utérus en deux points. Section de ces brides et ligatures au ras d'une anse intestinale. Extériorisation de l'utérus : incision transversale au niveau du fond. Extraction de l'enfant après décollement du placenta, inséré à ce niveau. Hystérectomie technique de Porro.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : 2.610 gr., sort en bon état. 2^o Mère : suites simples, 37^o.

Recherches anatomo-pathologiques. — N^o du musée 688.

La cicatrice est légèrement onduleuse, située un peu à droite de la ligne médiane. A son extrémité supérieure, franges épiploïques. De chaque côté de la cicatrice sont échelonnés des points de couleur brunâtre qui paraissent représenter les traces des anciens points de suture. La cicatrice proprement dite est solide. Epaisseur minima 1 cm. 1/4, moyenne 2 centimètres.

Placenta inséré sur la face postérieure.

OBS. XXIV. — *Césarienne iléralive (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie pour bassin canaliculé.*

Mme D..., Pauline, 32 ans, IV^e pare.

1^{re} gestation. : 1899 (Clinique Tarnier), forceps (cause inconnue). Enfant mis en couveuse. Mort 15 jours après.

2^e gestation : 1909 (Clinique Tarnier), sommet spontané à terme (?). Application de forceps. Enfant mort pendant l'extraction.

3^e gestation : 1911 (Baudelocque, obs. 1353), terminée par opération césarienne classique, le 22 septembre 1911. Dern. règles commencement décembre 1910.

Indications. — Bassin canaliculé Deux faux promontoires et notion des deux accouchements antérieurs dystociques.

Conditions opératoires. — Trois heures après les premières

contractions utérines douloureuses. Etat du col : 0,50. Membranes intactes. Temp. 37°8. Pouls 90. (Opérateur, M. Pottet; aide, M. Lacasse).

Compte rendu opératoire. — Ergotine immédiatement après la laparotomie. Césarienne conservatrice classique. Placenta inséré en arrière. Pas de drainage. Pas d'hémorragie.

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3.400 gr., sort en bon état. 2° Mère : suites excellentes, sort le 20^e jour.

4^e gestation : 1913 (Baudelocque, obs. 228), terminée par césarienne itérative mutilatrice, le 22 février 1913; Dern. règles 18-22 mai 1912.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 17 mois.

Indications. — Notion césarienne antérieure. Bassin rétréci.

Conditions opératoires. — Quatorze heures après le début du travail. Membranes intactes. Temp. 37°2. (Opérateur Lacasse).

Compte rendu opératoire. — Pas d'ergotine. Hémorragie modérée. Adhérences épiploïques au niveau de l'ancienne cicatrice. Section entre deux pinces. Cicatrice épaisse de 3 cm. en moyenne. (N° du Musée 669).

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 2.870 gr. 2° Mère : suites excellentes, 37° et au-dessous. Sort 39 jours après.

OBS. XXV. — *Opération césarienne itérative conservatrice pour bassin canaliculé.*

Mme P..., Emma, 29 ans, III^e pare.

1^{re} gestation : 1910 (Baudelocque, obs. 1153), terminée par application de forcèps en O. I. G. A. par M. Le Masson pour défaut de progression de la tête, le 27 juillet 1910. Dern. règles 10-18 octobre 1909. Difficulté d'extraction des épaules et du siège. Fille, 3.200 gr., morte quelques instants après la naissance. Placenta, 500 gr.

2^e gestation : 1911 (Baudelocque, obs. 1328), terminée par opération césarienne classique, le 18 septembre 1911. Dern. règles ?

Temps écoulé entre le premier accouchement et la première césarienne : 1 an.

Indications. — Bassin rétréci. Notion de l'accouchement antérieur. Col normal.

Conditions opératoires. — Huit heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 1 franc. Membranes (?). Temp. 37°2. (Opérateur, M. Lacasse; aide, M. Pottet.)

Compte rendu opératoire. — Ergoline au moment de l'incision de la paroi. Césarienne classique conservatrice. La tête débordé franchement la symphyse. Dilatation du col de 50 centimètres. Placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus. Pas d'hémorragie. Suture de l'utérus en deux plans; points séparés au catgut chromé n° 2, profonds et superficiels. Suture de la paroi en un plan à la soie sans drainage.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : garçon, 2.890 gr., sorti en bon état. Placenta discoïde, 450 gr.; 2^o Mère : évolution 38^e le premier jour, puis température normale; le 14^e jour, 38^e, phlébite légère. Sort deux mois après.

3^e gestation : 1913 (Baudelocque, obs. 536), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 3 mai 1913. Dern. règles 20-24 juillet 1912.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 2 ans.

Indications. — Bassin rétréci. Notion césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Trois heures après le début du travail. Col (?). Membranes (?). (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Eudes.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne itérative conservatrice classique. Incision de la paroi. Ergotine. La cicatrice utérine est parfaite. Suture utérine à la soie en un seul plan. Suture de la paroi par plans. Hémorragie peu abondante.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : garçon, 2.620 gr., sort en bon état. Placenta discoïde, 400 gr.; 2^o Mère : suites simples, 38^o le 1^{er} jour puis 37^o. Sort un mois après.

OBS. XXVI. — *Césarienne itérative, 2^e césarienne, suivie d'hystérectomie pour fibrome du segment inférieur (face antérieure) obstruant le détroit supérieur. Mort.*

Mme B..., 34 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1912 (Baudelocque, obs. 929), terminée par opération césarienne, le 19 juillet 1912. Dern. règles, 6 - 14 octobre 1911.

Indications. — Fibrome du segment inférieur dans le cul-de-sac latéral gauche, mobile, remontant jusque dans la fosse iliaque. Présentation transversale. Quelques petites hémorragies au cours de la grossesse.

Conditions opératoires. — Pas de contractions utérines douloureuses. Col (?). Membranes rompues. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire.)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne conservatrice classique. Suture utérine en deux plans à la soie. Mèche intra-utérine.

Le fibrome est bas situé, tient à la paroi utérine; il est peu mobile et inclus dans le ligament large gauche.

M. le professeur Couvelaire, jugeant que par son volume il ne peut gêner une seconde gestation a résolu de pratiquer seulement une conservatrice.

Suites opératoires. — Enfant : 3.080 gr.; meurt 4 mois après. Placenta, 490 gr. Mère : suites légèrement sub-fébriles 37^o-38^o pendant un mois, puis guérison absolue, 37^o.

2^e gestation : 1913, (Baudelocque, obs. 1096), terminée par césarienne itérative mutilatrice (hystérectomie), le 26 septembre 1913. Dern. règles 18 - 23 décembre 1912.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 14 mois.

Indications. — Notion césarienne antérieure. Présentation transversale. Fibrome prævia. Examen : H. U. 33 centimètres. Tête dans la fosse iliaque droite. Dos en avant à droite. Bruits du cœur bons. Urines normales.

Fibrome du segment inférieur, polylobé, inclus dans la partie supérieure de l'excavation formant saillie principalement dans la fosse iliaque gauche. Cette saillie nettement perceptible est de la grosseur d'un poing et se continue avec la partie du fibrome inclus dans le bassin et obstruant l'aire du détroit supérieur.

Toucher : col normal, déjeté à droite; à gauche le doigt explorateur perçoit la masse fibromateuse qui descend en partie dans l'excavation et envahit le cul-de-sac gauche. Le fibrome n'est pas mobilisable étant inséré largement au niveau du segment inférieur en avant.

Conditions opératoires. — Avant le début du travail. Temp. 36°4. (Opérateur, M. le Professeur Couvelaire; aide, M. Lévy-Solal.)

Compte rendu opératoire. — Adhérence de la partie basse de la cicatrice à la paroi abdominale sur une étendue de 2 centim. Section césarienne sur le fond, en arrière et un peu à droite, respectant la cicatrice de 1912, que l'on aperçoit très nettement avec les fils de soie anciens. La section actuelle rencontre la masse placentaire à travers laquelle le fœtus est extrait vivant.

A droite et à gauche de l'utérus on remarque deux adhérences à la paroi, qui sont sectionnées entre deux pinces et ligaturées. Le fibrome trilobé adhère en avant et sur les côtés où il s'étend, formant une masse qui obstrue l'aire du détroit supérieur. Le lobe situé à gauche fait saillie du côté de la fosse iliaque gauche, les deux autres sont profondément enfouis dans l'excavation derrière la vessie et la symphyse.

Libération des masses fibromateuses.

Hystérectomie, en masse avec le fibrome.

Suites opératoires. — Enfant : 3.210 gr., sort en bon état.
Mère : décédée 16 heures après l'opération.

Examen anatomo-pathologique. (Musée n° 700). — La masse fibromateuse présente trois noyaux principaux. Les dimensions maxima sont : diamètre transversal 15 cm., diamètre antéro-post 11 cm. 1/2, hauteur 9 cm. 1/2. La masse est développée au dépens de la région isthmique, son pédicule épais de 5 cm. 1/2 est en avant du col obliquement dirigé vers le ligament rond.

La cicatrice paraît bonne (elle sera étudiée ultérieurement).

OBS. XXVII. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie (Porro) pour bassin canaliculé. Examen anatomo-pathologique.*

Mme T..., 22 ans, 11^e pare.

1^{re} gestation : 1913 (Baudelocque, obs. 526), terminée par opération césarienne, le 30 avril 1913. Dern. règles 16-21 juillet 1912.

Indications. — Bassin canaliculé.

Conditions opératoires. — Au début du travail. (Opérateur, M. Le Masson.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne classique. Extraction du placenta inséré sur la paroi postérieure. Suture de l'utérus au caïgut n° 2 intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine (7 ou 8 points) et par 4 ou 5 points complémentaires musculo-séreux. Drain.

Suites opératoires. — Enfant, 3.120 gr. Mère : suites simples, 37° et au-dessous.

2^e gestation : 1914 (Baudelocque, obs. 1495), terminée par

césarienne itérative mutilatrice (Porro), le 4 décembre 1914.
Dern. règles 21-28 février 1914.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne :
19 mois.

Indications. — Bassin canaliculé. Notion césarienne antérieure. M. le professeur Couvelaire trouve sa paroi abdominale particulièrement insuffisante au 1/3 supérieur de la cicatrice et le palper lui paraît indiquer une minceur inquiétante de la paroi utérine. Aussi il décida que l'opération serait pratiquée avant même le début du travail, afin d'éviter toute chance de rupture utérine.

Conditions opératoires. — Avant le début du travail, à une date fixée antérieurement. Temp. 37°. (Opérateur, M. Le Masson; aide, M. le professeur Couvelaire.)

Compte rendu opératoire. — Incision de la paroi menée avec beaucoup de précaution en raison d'adhérences multiples qui siègent surtout sur la partie latérale gauche et sur le fond de l'utérus. Quelques adhérences plus lâches à droite. Incision transversale du fond de l'utérus. Porro,

Suites opératoires. — Enfant : 3,450 gr. Placenta : enlevé avec l'utérus. Mère : suites simples, 38° le 1^{er} jour, puis 37° et au-dessous. Sort le 42^e jour.

Recherches anatomo-pathologiques. — N° du musée (664). La cicatrice siège sur la partie médiane de la face antérieure, linéaire, longue de 10 centimètres environ. Elle est marquée par une légère dépression longitudinale. A noter quelques traces d'adhérences enlevées au cours de l'opération.

Les sutures n'ont pas laissé de traces apparentes.

A la coupe : les tranches de section montrent un amincissement notable de la paroi utérine sur toute la longueur de la zone cicatricielle, mais cet amincissement n'est pas constant; léger (1 centimètre et demi) à la partie moyenne et inférieure, il est très marqué à son extrémité supérieure (2 à 3 millimètres). En dehors de la région cicatricielle, la paroi

utérine mesure deux à trois centimètres en moyenne.

Le placenta qui siégeait sur la face antérieure, tapisse entièrement la face profonde de la cicatrice, il est intimement uni à elle sauf au point où la cicatrice est très amincie. A ce niveau sur l'utérus retractoré, on note un petit décollement du placenta au fond de la gouttière cicatricielle.

En résumé : cicatrice apparente, amincie dans son tiers inférieur, marquée à la face superficielle par une simple dépression, à sa face profonde par une véritable gouttière.

OBS. XXVIII. — *Opération césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie pour bassin coxalgique. Recherches anatomo-pathologiques.*

Mme C..., Mathilde, 34 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1912 (Maternité de Lille), terminée par opération césarienne conservatrice.

Suites opératoires. — Enfant : 3.250 gr. Mère : suites normales.

2^e gestation : 1914 (Baudeloque, obs. 1570), terminée par césarienne itérative mutilatrice, le 25 décembre 1914. Dern. règles 6-10 avril 1914.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 2 ans et demi.

Indications. — Notion césarienne antérieure. Bassin rétréci, tête haute.

Conditions opératoires. — (?) heures après les premières douleurs. Col, dilatation complète; membranes, rupture artificielle. Temp. 37°1. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Le Masson.)

Compte rendu opératoire. — Incision de la paroi abdominale au niveau de l'ancienne cicatrice. Incision faite lentement en raison des adhérences multiples siégeant surtout sur les par-

ties latérales principalement au niveau de l'S iliaque. On en rencontre également quelques-unes au fond de l'utérus et sur sa face postérieure. Incision de ces adhérences dont une épiploïque après extériorisation de l'utérus. Incision transversale sur le fond utérin en pleine masse placentaire. Injection d'ergotine. Hystérectomie subtotala en raison de l'élendue des adhérences par le procédé américain, de droite à gauche.

Suites opératoires. — 1° Enfant : garçon, 3.300 gr. Placenta : réniforme, 430 gr. 2° Mère : suites parfaites. Sortie trois semaines après.

Recherches anatomo-pathologiques. — N° du musée (663). On note les traces de nombreuses adhérences, certaines sont encore visibles sur la pièce. Elles forment même une gangue qui entoure la cicatrice et dont l'une d'elles particulièrement solide fait pont sur la partie moyenne de la cicatrice.

La cicatrice a 10 centimètres de longueur, elle est linéaire mais présente à son extrémité inférieure une dépression perceptible au doigt. L'épaisseur de la paroi utérine normale à la partie supérieure va en diminuant progressivement jusqu'à la limite inférieure de la cicatrice où elle mesure 1 cent.

La césarienne a été faite par une incision transversale sur le fond un peu en arrière de la ligne qui joint les insertions tubaires.

En résumé : adhérences multiples, — cicatrice légèrement amincie à son extrémité inférieure.

OBS. XXIX. — *Césarienne itérative conservatrice (2^e césarienne) pour bassin rétréci.*

Mme C..., 32 ans, IV^e pare.

1^{re} gestation : avril 1910 (chez elle), sommet à terme (?), forceps, durée du travail, 4 jours. Fille morte pendant l'extraction. Déchirure du périnée.

2^e gestation : août 1911 (chez elle), sommet à terme (?). Fille. Epaule, version par manœuvres internes. Forceps sur tête dernière.

3^e gestation : octobre 1913 (Baudelocque, obs. 1130), terminée par opération césarienne conservatrice, le 4 octobre 1913. Dern. règles 2-3 janvier 1913.

Indications. — Bassin limité. Notion des accouchements dysloctiques antérieurs.

Conditions opératoires. — Trois heures vingt après les premières contractions utérines douloureuses. Col, en voie d'effacement. Membranes, intactes. Temp. 36°8. (Opérateur, M. Lévy-Solal; aide, M. Eudes.)

Compte-rendu opératoire. — Opération césarienne classique. Suture utérine au catgut chromé n° 1. Paroi en un plan (fil de bronze).

Suites opératoires. — 1° Enfant : vivant, 3,250 gr. Etat satisfaisant à la sortie. Placenta, 510 gr. 2° Mère : suites simples. 38° jusqu'au 3^e jour puis 37°; sort deux mois après.

4^e gestation : 1915 (Baudelocque, obs. 220), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 13 février 1915. Dernières règles 17-18 mai 1914.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 17 mois.

Indications. — Bassin rétréci. Notion de la césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Deux heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 2 francs. Membranes intactes. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Le Masson.)

Compte rendu opératoire. — Rupture artificielle préalable des membranes. Opération césarienne classique. Nombreuses adhérences reliant la face antérieure de l'utérus au péritoine. Section de ces adhérences.

L'utérus est tordu sur lui-même, la corne utérine gauche

est en avant. Incision de l'utérus. Extraction du placenta avec décollement minutieux des membranes et de la caduque. Bonne cicatrice. Suture de l'utérus (16 points soie n° 3). Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — 1° Enfant vivant, 3.300 g.; état satisfaisant à la sortie. Placenta, 520 gr. 2° Mère : 37° et au-dessous. Sort au 35^e jour

OBS. XXX. — *Césarienne itérative conservatrice (deuxième césarienne) pour bassin canaliculé.*

Mme B..., Louise, 38 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1911 (Baudelocque, obs. 1359), terminée par opération césarienne, le 23 septembre 1911. Dern. règles 20-25 novembre 1910.

Indications. — Bassin canaliculé, présentation transversale.

Conditions opératoires. — Cinq heures après le début des contractions utérines douloureuses. Col, en voie d'effacement; membranes intactes. Temp. 36°5. Poids 88. (Opérateur, M. Pottet; aide, M. Lacasse.)

Compte rendu opératoire. — Ergoline (1 centimètre cube) après la laparotomie. Incision médiane. Extraction d'un enfant vivant. La paroi utérine présente une minceur toute particulière (1 centimètre environ). Décollement du placenta et des membranes insérés sur la face postérieure de l'utérus à la compresse. Suture de la paroi utérine par des points séparés non perforants placés à 1 centimètre de distance les uns des autres au catgut chromé n° 2. Ces fils sont noués par un nœud de chirurgien suivi de deux nœuds simples. 22 points superficiels. Un petit fibrome gros comme une noisette sur la ligne d'incision; un autre à droite, du même volume, sur la paroi intérieure. Pas de drainage.

Suture de la paroi abdominale à la soie n° 4. Pas de drainage.

L'enfant est pâle et n'est ranimé qu'au bout d'un quart d'heure après désobstruction des voies respiratoires.

Suites opératoires. — 1° Enfant : garçon, 3.500 gr.; état satisfaisant à la sortie. Placenta, 600 gr. 2° Mère : évolution simple. Temp. 37°. Sortie en parfait état avec cicatrice souple et sans éventration trois semaines après.

2° gestation : 1915 (Baudelocque, obs. 958), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 24 août 1915. Dern. règles 25-27 novembre 1914.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 5 ans.

Indications. — Au cours du 9^e mois. Bassin canaliculé. Notion de la césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Huit heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, en voie d'effacement. Membranes intactes. Temp. 37°. (Opérateur, M. Le Masson; aide, M. Chapotin.)

Compte rendu opératoire. — Toilette vulvo-vaginale. Rupture artificielle des membranes. Incision suivant le trajet de l'ancienne cicatrice. A l'ouverture du péritoine, libération de deux adhérences assez étendues siégeant entre la paroi et la face antéro-latérale droite. L'épiploon est légèrement adhérent au niveau du fond de l'utérus mais peut être décollé facilement. Ergotine, 1 centimètre cube. L'utérus extériorisé on constate qu'il n'existe plus traces appréciables des deux petits fibromes sous-péritonéaux signalés lors de la première césarienne. Incision médiane de l'utérus suivant le trajet de la première incision. La suture résultant de la première incision avait laissé à l'utérus son épaisseur normale. A noter seulement vers le fond de l'utérus, la minceur signalée lors de la première césarienne et ayant la même épaisseur (environ 1 centimètre).

Extraction d'une fille pesant 3.100 gr. Délivrance minutieuse à la compresse. Vérification de la paroi utérine qui paraît

suffisamment bonne pour justifier une césarienne conservatrice. Suture de la paroi utérine à la soie plate n° 3 (6 points profonds) 4 points superficiels à la soie plate n° 1.

Les points profonds comprennent la totalité de la tranche utérine à l'exception de la muqueuse. Suture de la paroi par plans.

Suites opératoires. — 1° Enfant : fille, 3.100 gr. Etat satisfaisant à la sortie. Placenta, discoïde, 500 gr. 2° Mère : évolution simple. Temp. 37°. Sortie un mois après l'opération.

OBS. XXXI. — *Accouchement spontané après une césarienne conservatrice classique pour bassin vicié. Gros enfant.*

Mme B..., Julia, 40 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1911 (Arras), terminée par césarienne conservatrice pour rétrécissement du bassin et gros enfant : garçon pesant 4.500 gr.

2^e gestation : 1915 (Baudelocque, obs. 634), terminée par un accouchement spontané, le 14 mai 1915. Dern. règles 24-29 juin 1914.

Temps écoulé entre la première césarienne et l'accouchement : 5 ans et 3 mois.

Indications. — Bassin rétréci du type canaliculé mais promontoire bas et P. S. P. 9,8.

Premières contractions douloureuses, 13 mai 1915, à minuit. A 10 heures du matin, M. le professeur Couvelaire examine la femme; dilatation (0,50) la tête du fœtus ne débordant pas la symphyse pubienne, le volume moyen du fœtus et la résistance du tissu utérin, toutes ces considérations faites, M. le professeur Couvelaire estime que l'accouchement se fera normalement. On surveille la femme : les contractions utérines se rapprochent sont intenses et bien soutenues. Pendant toute la période de dilatation, la tête ne fait aucun progrès, fléchie, elle reste à

1 centimètre environ au-dessous de la symphyse pubienne.

A 1 h. 20. — Dilatation complète, rupture artificielle des membranes, écoulement d'un liquide vert noirâtre, la tête fléchie descend spontanément. Auscultation bonne.

A 3 h. 10. — Après 1 h. 40 d'efforts expulsifs, la femme accouche d'un enfant de 3.450 gr.

L'enfant présente une dépression au niveau du pariétal gauche.

Suites. — Aussitôt après l'expulsion du fœtus, on remarque au niveau des 2/3 de la cicatrice abdominale une éventration longue de 10 centimètres permettant l'exploration facile de l'utérus.

Au-dessous de cet amincissement de la paroi, on sent sur la face antéro-supérieure de l'utérus une dépression linéaire correspondant à la cicatrice ancienne.

Après la délivrance, faite *spontanément*, M. Le Masson fait un toucher intra-utérin et constate l'intégrité de la cicatrice ancienne, sauf au niveau du segment inférieur où la cicatrice présente un très léger amincissement.

Suites absolument normales. Sort de l'hôpital le 21^e jour.

OBS. XXXII. — *Rupture utérine spontanée au cours du huitième mois chez une femme ayant subi une opération césarienne conservatrice pour bassin légèrement rétréci et insertion basse du placenta. Hystérectomie. Guérison.*

Mme B..., Angèle, 25 ans, II^e père.

1^{re} gestation : 1912 (Baudelocque, obs. 1284), terminée par opération césarienne, le 5 octobre 1912. Dern. règles 1-5 janvier 1912.

Indications. — Bassin canaliculé. Palper impossible.

Conditions opératoires. — Huit heures après les premières

contractions utérines douloureuses. Col effacé; membranes intactes. Temp. 36°5. (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Pottet.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne classique. Ergotine. Incision de la paroi utérine sur la ligne médiane allant jusqu'au fond de l'utérus. On arrive sur le placenta qui occupe toute la paroi antérieure de l'utérus, on rompt les membranes et on extrait un fœtus de sexe féminin pesant 1.850 gr. qui se présentait par le siège. On constate qu'il existe une deuxième poche amniotique contenant un second fœtus; on rompt immédiatement les membranes et on extrait ce second fœtus de sexe féminin du poids de 1.880 gr.

La plaie utérine est fermée par des points de suture séparés profonds au catgut chromé n° 2 en un seul plan. Des points superficiels au catgut chromé n° 2 sont placés dans l'intervalle des premiers. Suture de la paroi abdominale en un plan à la soie n° 4.

Suites opératoires. — 1° Enfants : 1.850 gr. et 1.880 gr. sortis en bon état. Placenta, 800 gr. 2° Mère : suites simples, 37° et au-dessous, mais phlébite du membre inférieur le 18 octobre. Sort au 75^e jour.

2° gestation : 1915 (Baudelocque, obs. 1261), terminée par rupture utérine spontanée, le 1^{er} novembre 1915. Dern. règles 8-16 mars 1915.

Temps écoulé entre la première césarienne et la rupture : 3 ans et 3 mois.

Compte rendu obstétrical. — Au dortoir. A seize heures début des contractions utérines douloureuses. A l'examen excavation vide, col en voie d'effacement, membranes intactes. Contractions utérines peu fréquentes mais la femme accuse une douleur et des tiraillements au niveau de la cicatrice.

A 16 h. 30. — Douleur brusque au niveau du fond de l'utérus, tendance syncopale, frisson, pouls petit, filiforme. Les contractions utérines ont complètement cessé. Superficialité des mem-

bres du fœtus à travers la paroi. On pose le diagnostic de rupture utérine.

A 17 h. 30. — Opération, 1 heure après la rupture utérine. (Opérateur : M. Jeannin.)

A l'ouverture du péritoine l'examen *in situ* fait constater les dispositions suivantes :

1° Un énorme caillot sanguin occupant toute la surface correspondant à l'incision et s'étalant de chaque côté dans les fosses iliaques ;

2° En arrière de ce caillot, le fœtus mort qui est extrait immédiatement et pesait 3.020 gr. ;

3° Le placenta et ses annexes 550 grammes ;

4° Tout à fait en arrière enfin l'utérus dont la rupture siège exactement au niveau de la suture de la première césarienne. Il résulte de cette disposition, qu'au moment de la rupture, l'utérus avait expulsé son contenu comme un noyau de cerise.

Hystérectomie abdominale sub-totale. Péritonisation. Drainage.

Suites opératoires. — Cicatrisation complète le 22^e jour. Léger mouvement fébrile (37°-38°), les 10 premiers jours. Sort guérie le 11 décembre 1915.

OBS. XXXIII. — *Césarienne itérative (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie pour bassin annelé chez une femme acromégalique et syphilitique.*

Mme G..., 26 ans. 1^{er} par.

1^{re} gestation. : 1914 (Lariboisière), terminée par césarienne conservatrice.

Indications. — Bassin rétréci.

Conditions opératoires. — A terme (Opérateur, M. Boissard).

Suites opératoires. — 1° Enfant : mort 8 jours après ; 2° Mère : période fébrile pendant 10 jours.

2^e gestation : 1916 (Baudelocque, obs. 106), terminée par césarienne itérative mutilatrice, le 27 janvier 1916. Dern. règles 28 avril-1^{er} mai 1915.

Temps écoulé entre la première et la seconde césarienne : 2 ans et demi.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure. Bassin annelé, Temp. (?).

Conditions opératoires. — Trois heures après les premières contractions douloureuses. Col (?), membranes (?). (Opérateur, M. Jeannin; aide, M. Chapotin).

Compte rendu opératoire. — Incision très prudente en vue des adhérences péritonéales et intestinales. Elles existent, en effet, assez nombreuses, une anse intestinale grêle est complètement collée à la face antérieure et au fond de l'utérus. On doit sculpter l'utérus pour supprimer ces adhérences. L'anse une fois décollée est entourée de compresses et extériorisée afin de pouvoir pratiquer la césarienne.

Ouverture de l'utérus et extraction de l'enfant.

M. Jeannin pensant un moment qu'il peut conserver l'utérus résèque la cicatrice de la première césarienne, mais la brèche ainsi produite est trop importante et il pratique l'hystérectomie sub-totale sans incidents.

Il revient à l'intestin ; il existe une très petite perforation.

Suture en surjet au catgut 0. Enfouissement péritonéal au catgut 00. Ether dans la cavité péritonéale. Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — 1^o Enfant, 3.170 gr., meurt 20 jours après. Placenta, 580 gr., légèrement châteaubriand; 2^o Mère : suites fébriles, 37°-37°8 pendant 15 jours, puis temp. normale (37°) pendant six jours, puis 38°-38°5, du 20^e au 30^e jour. Sort le 30^e jour avec 38°9 de température.

OBS. XXXIV-XXXV. — *Césarienne ilérative conservatrice (deuxième césarienne) pour bassin canaliculé. Accouchement (spontané) d'un enfant mort et macéré entre les deux opérations césariennes.*

Mme R..., Marthe, 31 ans, III^e pare.

1^{re} gestation : 1913 (Baudelocque, obs. 76), terminée par opération césarienne, le 16 janvier 1913. Dern. règles 10-14 avril 1912.

Indications. — Bassin canaliculé.

Conditions opératoires. — Douze heures après premières contractions utérines douloureuses. Col : dilatation lenticulaire. Membranes (?). (Opérateur, M. Lévy-Solal; aide, M. Pottet.)

Compte rendu opératoire. — Injection d'adrénaline au 1/1000 avant l'opération. Incision de 12 centimètres. Placenta inséré en avant et décollé; rupture des membranes au fond de l'utérus; membranes très adhérentes au pôle inférieur. Hémorragie abondante après évacuation de l'utérus nécessitant une injection d'ergotine d'un centimètre cube et demi.

Sutures utérines : points profonds et superficiels de catgut chromé n^o 2 (20 en tout).

Suites opératoires. — 1^o Enfant, 2.710 gr. vivant; mort d'entérite au 9^e mois. Placenta 460 gr.; 2^o Mère : suites simples. Temp. 36^o5-37^o. Sort 25 jours après.

2^e gestation : 1914 (Baudelocque, obs. 722), terminée par accouchement d'un enfant macéré (de 7 mois), le 14 juin 1914. Dern. règles 24-28 août 1913.

Temps écoulé entre la première césarienne et l'accouchement : 14 mois.

M. Pinard décide qu'on interviendra par voie haute dès l'apparition des premières contractions utérines douloureuses. Mais au 7^e mois, début de travail : enfant mort. M. Pinard conseille la pose d'un ballon de Champetier de Ribes de

60 grammes. Trois heures 30 après : contractions régulières ; expulsion du ballon 13 heures après, craniotomie quelques instants après. Expulsion du fœtus spontanée, 14 heures après l'application du ballon.

Suites. — Enfant : mort et macéré de 1.850 gr. Placenta, foyer hémorragique, 450 gr. caduque adhérente.

Mère : sort au 15^e jour : bon état.

3^e gestation : 1916 (Baudelocque, obs. 550), terminée par opération césarienne conservatrice, le 15 mai 1916. Dern. règles 6-10 août 1915.

Temps écoulé entre la première et la troisième césarienne : 4 ans.

Indications. — Bassin canaliculé. Notion de la césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Trois heures après premières contractions utérines douloureuses. Col (?); membranes (?). Temp. 36°8. Pouls 120. (Opérateur, M. Jeannin; aide, M. Dubois.

Compte rendu opératoire. — Adhérences épiploïques légères. Extraction du placenta et des membranes; difficile révision de la paroi utérine à la compresse.

Suture à la soie plate après suppression du tissu cicatriciel par une double incision sur les deux lèvres de l'ouverture.

Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — 1^o Enfant, 3.570 gr. Placenta, 580 gr. 2^o Mère : temp. 38° jusqu'au 3^e jour, puis température normale. Sort sur sa demande le 15^e jour.

OBS. XXXVI. — *Césarienne itérative conservatrice pour rétrécissement du bassin : mort de l'enfant et de la mère.*

Mme B..., Berthe, 26 ans, V^e pare.

1^{re} gestation : 1910 (chez une sage-femme agréée de Larioisière). Sommet, 2.300 gr. Accouchement spontané. A terme ?

2^e gestation : 1913 (chez sage-femme agréée de Lariboisière). Sommet. Accouchement spontané à terme (?).

3^e gestation : 1914 (Lariboisière). Accouchement prématuré (Cause : mort du fœtus) pose de ballon.

4^e gestation : 1915 (Baudelocque, obs. 1276), terminée par opération césarienne conservatrice, le 6 novembre 1915. Dern. règles 27-31 janvier 1915.

Indications. — Bassin rétréci. Disproportion entre la tête fœtale et le bassin.

Conditions opératoires. — Dix heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col : en voie d'effacement. Temp. (?). (Opérateur, M. Jeannin; aide, M. Le Masson).

Compte rendu opératoire. — Césarienne conservatrice classique. Ergotine avant l'incision de l'utérus. Suture de l'utérus à la soie plate n° 3 par points séparés à l'aiguille mousse, 7 points profonds et quelques points superficiels à la soie plate n° 1. Fermeture de la paroi par plans.

Suites opératoires. — 1° Enfant, 2.900 gr. en bon état; à la sortie, poids, 3.590 gr. 2° Mère : évolution simple; temp. 33° au 4^e jour en clocher. Suites parfaites. Sortie sur sa demande un mois après.

5^e gestation : 1916 (Baudelocque, obs. 1397), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 1^{er} décembre 1916. Conception en cours d'allaitement.

Temps écoulé entre la première et la seconde césarienne : 1 an.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure. Bassin rétréci. Mauvais état général de la mère (laryngite depuis 4 ans, bronchites à répétition).

Conditions opératoires. — Douze heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, en voie d'effacement. Temp. (?). (Opérateur, M. Jeannin; aide, M. (?).)

Compte rendu opératoire. — Opération césarienne conservatrice itérative classique. Destruction de quelques adhérences

épiploïques. Hystérectomie. Résection des lèvres utérines pour enlever l'ancienne cicatrice. Suture de l'utérus à la soie et au catgut.

Suites opératoires. — 1° Enfant, 2.350 gr. péniblement ranimé et mort peu après. 2° Mère : décédée 4 jours après (temp. 38°-39°).

OBS. XXXVII. — *Césarienne ilératrice conservatrice (2° césarienne) pour bassin vicié.*

Mme D..., Eugénie, 35 ans, III^e pare.

1^{re} gestation : mai 1905 (Beaujon). Sommet à terme (?).

2^e gestation : janvier 1919 (Beaujon). Césarienne.

3^e gestation : décembre 1916 (Baudelocque, 1486), terminée par césarienne conservatrice, le 21 décembre 1919. Dern. règles 12-17 mars 1916, Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 7 ans et 9 mois.

Indications. — Au cours du 9^e mois. Bassin limité. Notion de la césarienne antérieure. Hydramnios. Rupture prématurée des membranes.

Conditions opératoires. — Six heures après rupture prématurée des membranes, avant le début du travail. (Opérateur, M. Jeannin; aide, Mlle Catrier.)

Compte rendu opératoire. — Laparotomie. Destruction d'adhérences épiploïques. Extériorisation, puis incision de l'utérus. Excision de la cicatrice de l'opération précédente.

Suture de l'utérus à la soie et de la paroi au fil de bronze.

Suites opératoires. — 1° Enfant, 3.950 gr. Placenta, 700 gr. 2° Mère : fébriles pendant une semaine, 38°-39°; le 7^e jour 37° puis suites normales. Sort le 25^e jour.

OBS. XXXVIII, XXXIX et XL. — *Trois accouchements spontanés près du terme après opération césarienne au premier accouchement pour kyste prævia.*

Mme C..., Henriette, 35 ans, IV^e pare.

1^{re} gestation : 1903 (à Mexico), terminée par césarienne conservatrice après 3 jours de travail. L'accouchement était empêché dit-elle, par la présence d'un kyste de l'ovaire qui fut enlevé au cours de l'opération.

Suites opératoires. — Normales (?). Dans la suite aurait été opérée d'un polype utérin par M. Routier à l'hôpital Necker.

2^e gestation : 1906 (Baudelocque, obs. 1447), terminée par accouchement spontané, le 30 août 1906. Dern. règles 12-15 octobre 1905.

Temps écoulé entre la première césarienne et cet accouchement : 3 ans.

Indications. — On constate une cicatrice de laparotomie mais on pense que l'accouchement peut se faire par les voies naturelles. A un deuxième examen, on constate des adhérences entre la paroi abdominale et l'utérus.

Parturition. — Après quelques douleurs, les membranes se rompent. Au toucher : tête élevée; dilatation de 1 franc. On constate (Lepage, Sauvage et Potocki) à l'intérieur de la cavité utérine l'existence d'une sorte de diaphragme à bords minces et à ouverture excentrique à travers l'orifice duquel le doigt arrive sur le cuir chevelu.

M. Lepage sectionne cette bride avec les ciseaux de Dubois; après quoi il reconnaît que la paroi utérine présente, à l'endroit de l'insertion de la bride, la consistance d'un anneau cicatriciel surtout marqué en avant et à gauche.

Accouchement spontané au 9^e mois d'une enfant de 2.780 gr. Placenta, 440 gr.

3^e gestation : 1908 (Baudelocque, obs. 572), terminée par

accouchement spontané le 2 avril 1908. Dern. règles 8-12 juillet 1907. Pendant la gestation: pertes de sang. Durée totale du travail: 4 h. 40. Délivrance: normale. Enfant, 3.050 gr. Placenta, 450 gr.

4^e gestation: 1917 (Baudelocque, obs. 191), terminée par accouchement spontané le 14 février 1917. Dern. règles mai ? 1916. Accouchement au cours du 9^e mois. Durée totale du travail: 6 h. 45. Délivrance normale. Enfant, 2.650 gr. Placenta, 540 gr.

OBS. XLI-XLII. — *Césarienne itérative (3^e césarienne) suivie d'hystérectomie pour bassin rétréci.*

Mme G..., Marie, 35 ans, V^e pare.

1^{re} gestation: avril 1910 (chez elle), terminée par forceps, à terme, durée du travail: 4 jours. Fille morte pendant l'extraction.

2^e gestation: août 1911 (chez elle), terminée par version par manœuvres internes. Forceps sur tête dernière.

3^e gestation: 1913 (Baudelocque, obs. 1130), terminée par opération césarienne conservatrice. le 4 octobre 1913. Dernières règles 2-3 janvier 1913.

Indications. — Bassin rétréci.

Conditions opératoires. — Col en voie d'effacement; tête élevée, mobile, qui descend peu à peu sous l'influence des contractions régulières, fréquentes, et prend contact avec le détroit supérieur mais la tête débord franchement au palper mensural. Temp. 36 °9. Pouls, 88. (Opérateur, M. Lévy-Solal; aide, M. Eudes.)

Compte rendu opératoire. — Ergotine (?). Opération césarienne conservatrice classique. Suture utérine au catgut chromé n° 2. Suture pariétale en un seul plan: fils de bronze. Durée 23 minutes.

Suites opératoires. — 1° Enfant vivant : 3.250 gr; Mère : suites simples (37° 38°), le 2^e et le 3^e jours, puis température normale à l'exception d'une phlébite légère au 15^e jour. Sort six semaines après.

4^e gestation : 1915 (Baudelocque, obs. 220), terminée par césarienne itérative conservatrice le 13 février 1915 (Dernières règles 17-18 mai 1914).

Temps écoulé entre la première et la seconde césarienne : 14 mois.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure, bassin rétréci.

Conditions opératoires. — Après les premières contractions utérines douloureuses; col : 2 francs; membranes rompues artificiellement 15 minutes avant l'opération (liquide opalescent). Temp. 37°4. Pouls (?). (Opérateur M. le professeur Couvelaire; aide, M. le Masson.)

Compte rendu opératoire. — Nombreuses adhérences reliant la face antérieure de l'utérus au péritoine, section de ces adhérences.

L'utérus est lordu sur lui-même, la corne utérine gauche est en avant. Extériorisation de l'utérus. Incision de l'utérus. Extraction du placenta avec décollement minutieux des membranes à la compresse. Bonne cicatrice.

Sutures de l'utérus : 16 points de soie n° 3. Pas de drainage utérin.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — 1° Enfant, 3.300 gr. Placenta, 520 gr. Mère : suites normales. Temp. 37° dès le 1^{er} jour. Pouls 84. Sortie 35 jours après.

5^e gestation : 1918 (Baudelocque, obs. 221), terminée par césarienne itérative et hystérectomie, le 18 février 1918, dernières règles 15-17 mai 1917.

Temps écoulé entre la deuxième et cette troisième césarienne : 3 ans.

Indications. — Au cours du 9^e mois. Notion de la césarienne antérieure, tête élevée.

Conditions opératoires. — Neuf heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col : déhiscent; membranes, intactes (Opérateur : M. Polocki; aide, M. Théoaride.)

Compte rendu opératoire. — Ergotine (?). A gauche de la cicatrice et tout le long de celle-ci, petite adhérence épiploïque à ce niveau. Adhérence utérine à l'épiploon vers la trompe. Il n'est pas noté dans l'observation que les cicatrices utérines fussent amincies.

Extériorisation de l'utérus en commençant par la gauche. Incision transversale du fond au bistouri, terminée au doigt. L'incision tombe sur le placenta et on extrait l'enfant rapidement. Utérus recouvert d'un champ. Pincés provisoires sur les pédicules puis hystérectomie de droite à gauche. Suture du col au catgut chromé, ligature du pédicule au même catgut chromé.

Péritonisation au catgut n° 0 ordinaire. Fermeture de la paroi sans drainage après résection de l'ancienne cicatrice.

Suites opératoires. — Enfant vivant : 2.900 gr. Mère : suites normales. 38°4 le 2^e jour, puis température normale. Sort sur sa demande vingt jours après environ.

OBS. XLIII. — *Césarienne itérative conservatrice pour bassin canaliculé. Mort.*

Mme B..., Jeanne, 27 ans, II^e pare.

1^{re} gestation. — 1913 (Baudelocque, obs. 813), terminée par césarienne conservatrice, (le 14 juillet 1913. Dern. règles 7-11 septembre 1912.

Indications. — Bassin canaliculé, Présentation du siège.

Conditions opératoires. — (?) heures après les premières contractions utérines. Col (?); membranes rompues. (Opérateur, M. Eudes, aide, M. Lévy).

Compte rendu opératoire. — Césarienne conservatrice classique : ergotine (?). Suture de l'utérus par des points profonds, séparés au catgut n° 2 intéressant toute l'épaisseur de la tranche utérine et par des points séparés superficiels. Suture en un plan de la paroi (fils métalliques). Drain n° 35.

Suites opératoires. — 1° Enfant vivant, 2.630 gr. Placenta, 450 gr. 2° Mère : 37°5-38° pendant 20 jours. Phlébite légère de la jambe gauche le 15^e jour.

2^e gestation. : 1918 (Baudelocque, obs. 353), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 18 mars 1918. Dern. règles 18-25 juin 1917.

Temps écoulé entre la première et la seconde césarienne : 4 ans et demi.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure, bassin canaliculé. (Opérateur, M. Potocki; aide, M. Théoaride).

Suites opératoires. — 1° Enfant, 2.750 gr. Placenta, 400 gr.; 2° Mère : décédée de broncho-pneumonie le 6^e jour. Temp. 38° le 2^e jour puis progressivement croissante jusqu'à 41° : mort.

OBS. XLIV. — *Césarienne itérative conservatrice pour bassin annelé.*

Mme V.... Camille, 20 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1915 (Baudelocque, obs. 979), terminée par césarienne conservatrice, le 28 août 1915. Dern. règles 26-28 novembre 1914.

Indications. — Bassin annelé. Promontoire : 10,8. Tête ossifiée. Epreuve du travail négative.

Conditions opératoires. — Huit heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col, 2 à 5 francs; membranes rompues depuis une heure environ. Temp. (?). (Opérateur, M. Le Masson; aide, M. Chapotin.)

Compte rendu opératoire. — Ergotine au moment de l'extériorisation de l'utérus. Incision en plein sur la masse placentaire.

Utérus très saignant. Deuxième injection d'ergotine. Suture de l'utérus à la soie plate n° 3 six points profonds et six points superficiels. Epiploon rabattu en avant.

Suites opératoires. — 1° Enfant, 3.250 gr. Bec de lièvre unilatéral, perforation de la voûte palatine. Placenta, 550 gr.; 2° Mère : suites simples. Temp. 37°-37°8 les 10 premiers jours, puis température normale. Sort au 28^e jour.

2^e gestation : 1918 (Baudelocque, obs. 579), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 13 mai 1918. Dern. règles 11-15 août 1917.

Temps écoulé entre la première et la deuxième césarienne : 2 ans et 9 mois.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure. Bassin annelé.

Conditions opératoires. — Etat du travail (?). (Opérateur, M. Potocki; aide, (?).)

Compte-rendu opératoire. — Opération césarienne itérative conservatrice classique.

Suites opératoires. — 1° Enfant vivant, 2430 gr.; mais meurt peu après; 2° Mère (?).

OBS. XLV. — *Opération césarienne itérative conservatrice (deuxième césarienne) pour bassin annelé.*

Mme J..., Marie, 26 ans, II^e pare.

1^{re} gestation : 1915 (Baudelocque, obs. 770), terminée par césarienne conservatrice, le 26 juin 1915. Dern. règles fin septembre 1914.

Indications. — Bassin annelé. Promontoire accessible, haut (P. S. P. 10,1).

Conditions opératoires. — Deux heures après premières contractions utérines douloureuses. Col (?), membranes (?). (Opérateur, M. le professeur Couvelaire; aide, M. Le Masson.)

Compte rendu opératoire. — Césarienne conservatrice classique. Suture de l'utérus à la soie plate n° 2. Fermeture de la paroi abdominale par plans. Pas d'Ergotine. Mèche intra-utérine retirée à la fin de l'opération et suivie de l'expression utérine.

Suites opératoires. — 1° Enfant, 3.360 gr. Placenta, 560 gr. 2° Mère : suites simples. Temp. 37°, 37°5 pendant 10 jours avec élévation notable du pouls : 120-100, puis Temp. 36°5-37° à partir du 10^e jour. Sort le 32^e jour.

2^e gestation : 1918 (Baudelocque, obs. 641), terminée par césarienne itérative conservatrice, le 3 juin 1918. Dern. règles fin août 1917.

Temps écoulé entre la première et la seconde césarienne : 3 ans.

Indications. — Bassin rétréci, notion de césarienne antérieure.

Conditions opératoires. — Etat du travail ? (Opérateur, M. Potocki; aide, M. Théoaride).

Compte rendu opératoire. — Césarienne itérative conservatrice classique.

Suites opératoires. — 1° Enfant, 2.370 gr. Placenta, 450 gr. 2° Mère : Temp. 39°-40° pendant 10 jours puis oscille entre 38° et 39° pendant un mois environ puis descend lentement à 37°. Phlébite gauche au 15^e jour, puis phlébite droite au 30^e jour. Sort sur sa demande le 68^e jour.

OBS. XLVI. — *Accouchement spontané après césarienne antérieure pour présentation anormale (épaule enclavée).*

Mme R., Hélène, 28 ans, IV^e pare.

1^{re} gestation : juin 1910 (Saint-Antoine). Sommet à terme. Fille vivante.

2^e gestation : avril 1913 (chez elle). Sommet à terme. Garçon élevé sein maternel jusqu'à 1 an.

3^e gestation : 1915 (Maternité Versailles), terminée par césa-

rienne pour présentation de l'épaule enclavée; membranes rompues dix-sept heures avant le transport à l'hôpital.

Indications et opération. — La femme était chez elle, à terme, attendant chaque jour d'entrer en travail, lorsque, sans cause apparente, les membranes se rompirent le 12 avril 1915 dans la nuit à deux heures du matin, sans douleurs. Une sage-femme appelée constata l'abaissement d'un bras avec présentation de l'épaule et conseilla le transport immédiat à l'hôpital de Versailles. La femme ignore quelle dilatation elle pouvait présenter.

Elle reste chez elle quelques heures, toujours sans douleurs d'accouchement, continuant à perdre du liquide amniotique et n'est admise à la maternité de Versailles que le même jour, 12 avril au matin. Elle y fut opérée à 9 h. 1/2 de césarienne sans avoir eu la moindre contraction utérine douloureuse et ne pouvant fournir aucun renseignement sur le degré de la dilatation au moment de l'opération.

Suites opératoires. — 1° Enfant vivant; Mère : suites parfaites, sans adhérences ni traces de drainage.

4^e gestation : 1918 (Baudelocque, obs. 774), terminée par accouchement spontané, le 1^{er} juillet 1918. Dern. règles 28-31 août 1917.

Temps écoulé entre la première césarienne et cet accouchement spontané : 27 mois.

Examen obstétrical par M. Potocki. — A terme. Variété de position O. I. D. P. Rien de particulier n'a été remarqué du côté de l'utérus pendant le travail. Mais après l'expulsion du fœtus et pendant les contractions de la délivrance, M. Dubois observe la présence d'un sillon longitudinal de la face antérieure de l'utérus. Ce sillon est perçu à la palpation mais il n'est pas perceptible à la vue au niveau de la paroi abdominale qui n'est pas déprimée à ce niveau.

Durée du travail : 4 h. 15.

Suites de l'accouchement. — Fille : bon état; 3.350 gr. Pla-

centa discoïde : 540 gr. 2^e Mère : suites normales. Temp. 37°
Sort sur sa demande le 15^e jour.

OBS. XLVII. — *Accouchement spontané chez une femme ayant eu une section césarienne à la suite d'une hémorragie rétro-placentaire*¹.

Mme G..., 26 ans, III^e pare.

1^{re} gestation : à 23 ans, accouchement à terme. Application de forceps. Garçon vivant. Poids, 3.500 gr. le 5 juin 1917.

2^e gestation : à 24 ans. Hémorragie rétro-placentaire aux environs du huitième mois. A 1 heure du soir cette jeune femme ressentit une violente douleur abdominale et aussitôt il y eut un écoulement sanguin qui dura une heure environ. Celui-ci cessa et le sang s'accumula dans l'utérus; c'est alors qu'un chirurgien de Bayonne pratiqua l'opération césarienne conservatrice. le 23 septembre 1918. Extraction d'un enfant mort. Suites opératoires simples.

3^e gestation : D. R. du 23 au 25 mai 1919. La gestation évolua normalement jusqu'au septième mois; à ce moment là, il se produisit des tiraillements et des crises douloureuses abdominales rapportées à la région sus-pubienne et à la région de la cicatrice. Celle-ci est d'ailleurs correcte, pas d'éventration, développement régulier de l'utérus dont l'attitude est normale. Le professeur Couvelaire mit cette jeune femme au repos pendant quinze jours. Elle reprit ensuite sa vie normale; mais au bout de quelques jours, elle ressentit de nouvelles douleurs.

Mise au repos de nouveau le 13 février 1920; les douleurs se calment peu à peu.

Dans la nuit du 28 au 29 février, à une heure du matin, des contractions utérines douloureuses apparurent d'abord espa-

1. Observation communiquée par M. le Professeur Couvelaire.

cées, puis devinrent plus régulières et plus fortes dans la matinée. Dilatation régulièrement progressive du col.

A trois heures et demie de l'après-midi, dilatation complète, rupture artificielle des membranes. Application de forceps sur sommet en O. I. D. P. Enfant vivant poids 3.300 gr.

Délivrance naturelle sans incidents vingt minutes après l'accouchement : placenta et membranes normales. Suites de couches apyrétiques, régression utérine normale. Utérus libre d'adhérences.

OBS. XLVIII. — *Césarienne iléralive (deuxième césarienne) suivie d'hystérectomie pour bassin vicié (luxation congénitale bilatérale avec coxalgie du côté droit).*

Mme C..., Marie, 40 ans. II^e pare.

1^{re} gestation. — 1915 (Baudelocque, obs. 1447) terminée par opération césarienne, le 19 décembre 1915. Dern. règles 4-11 mars 1915.

Indications. — Bassin rétréci, promontoire accessible. P. S. P. 10,6.

Conditions opératoires. — Onze heures après les premières contractions utérines douloureuses, col (?), membranes rompues artificiellement quelques instants avant l'opération; on constate à ce moment qu'un pied est procident. (Opérateur, M. Jeannin; aide, M. Chapotin). Temp. 36°4. Pouls, 84.

Compte rendu opératoire. — Césarienne classique. Ergotine au moment de l'incision de l'utérus. Suture de l'utérus à la soie plate n° 3, points séparés, 8 profonds, 9 superficiels. L'utérus est mou et saigne : de nouveau 1 centimètre cube d'ergotine. Suture de la paroi en 3 plans. Pas de drainage utérin ni abdominal.

Suites opératoires. — Enfant : vivant, 2.950 gr. Placenta : 450 gr. Mère : suites simples, pas de température sauf du 12^e au 15^e jour : 38°. Sort le 25^e jour.

2^e gestation. — 1919 (Baudelocque, obs. 644) terminée par césarienne itérative et hystérectomie, le 11 juin 1919. Dern. règles 23-28 août 1918.

Temps écoulé entre la première et la seconde césarienne : 41 mois.

Indications. < Notion de la césarienne antérieure, bassin vicié. Au palper, à travers la paroi abdominale, on a l'impression que l'utérus doit être extrêmement mince au niveau de la cicatrice, car le fœtus paraît très superficiel.

Conditions opératoires. — Neuf heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col (?); membranes (?). Temp. 37°, Pouls, 80.

Opérateur, M. Lévy-Solal; aide, M. Vignes.

Compte rendu opératoire. — Ergotine avant l'incision de la paroi abdominale, opération césarienne classique. La paroi abdominale est très mince. L'épiploon présente une adhérence assez serrée au fond de l'utérus. Dans cette adhérence une petite collection louche. Devant la cicatrice qui est de bel aspect, un voile translucide résultant sans doute d'une adhérence qui a subi une elongation du fait de la gestation. La paroi utérine est moins mince qu'il ne semblait. Le placenta est inséré en arrière.

On continue par une hystérectomie. Pas de drainage abdominal.

Suites opératoires. — 1^o Enfant : vivant, 3,250 gr. Placenta : 500 gr.; Mère : oscillations thermiques entre 37°5 et 39° pendant les dix premiers jours. Pouls de 100 à 110; puis suites simples. Sort un mois après.

•

OBS. II. — *Césarienne conservatrice itérative (2^e césarienne) pour viciation pelvienne.*

Mme D... Mathilde, 30 ans, II^e pare.

1^{re} Gestation. — 1912 (Baudelocque, obs. 1402) terminée par

Temps écoulé entre la première et la seconde césarienne : 2 ans.

Indications. — Notion de la césarienne antérieure, bassin rétréci.

Conditions opératoires. — Cinq heures après les premières contractions utérines douloureuses. Col : en voie d'effacement, membranes intactes. Temp. 37°. Pouls, 80. (Opérateur, M. Lévy-Solal; aide, M. Vignes).

Compte rendu opératoire. — Ergoline avant l'incision de la paroi abdominale. Pas d'adhérences péritonéales. La cicatrice utérine reconnaissable aux soies est sur le milieu de l'utérus et a très nettement une forme en S avec convexité supérieure droite et une convexité inférieure gauche. Incision à gauche de cette cicatrice. Extraction assez difficile de la tête. Hémorragie moyenne. Exploration de la cicatrice : à l'intérieur de la cavité utérine en arrière, goulrière profonde, étroite, avec deux zones de plus grand amincissement. Hystérectomie. Pas de drainage abdominal.

Suites opératoires. — Enfant vivant, 3.330 gr. Placenta, 470 gr. Mère : suites simples, pas de température. Sort 25 jours après.

**Tableau récapitulatif des gestations consécutives
à une opération césarienne.**

N ^{os} des observations	1 ^{re} gestation	2 ^{me} gestation	3 ^{me} gestation	4 ^{me} gestation
I	Ac. par les voies naturelles. Forceps après Symphyséotomie.			
II	César. conservatr.			
III	Avortement 2 ^e mois.	Rupture utérine.		
IV	Hystérectomie.			
V	César. conservatrice.			
VI-VII	César. conservatrice.	Hystérectomie.		
VIII	Hystérectomie.			
IX	César. conservatrice.			
X	Hystérectomie.			
XI	Hystérectomie.			
XII	Hystérectomie.			
XIII-XIV	Avortement 2 ^e mois.	Hystérectomie.		Hystérectomie.
XV-XVII-XVIII	Accouchem. spontané.	Ac. spontané.	Ac. spontané. Delivrance artificielle	
XIX	Hystérectomie.			
XX	Hystérectomie.			
XXI	Hystérectomie.			
XXII	César. conservatrice.			
XXIII	Hystérectomie.			
XXIV	Hystérectomie.			
XXV	César. conservatrice.			
XXVI	Hystérectomie (pour fibrome praevia).			
XXVII	Hystérectomie.			
XXVIII	Hystérectomie.			
XXIX	César. conservatrice.			
XXX	César. conservatrice.			
XXXI	Accouchem. spontané.			
XXXII	Rupture utérine.			
XXXIII	Hystérectomie.			
XXXIV-XXXV	Accouchem. spontané. 7 ^e mois macéré.	Césarien. conservatr.		
XXXVI	César. conservatrice.			
XXXVII	César. conservatrice.			
XXXVIII-XXXIX-XL	Accouchem. spontané.	Acc. spontané.	Ac. spontané.	
XLI-XLII	César. conservatrice.	Hystérectomie.		
XLIII	Césari conservatrice.			
XLIV	César. conservatrice.			
XLV	César. conservatrice.			
XLVI	Accouchem. spontané.			
XLVII	Accouchem. spontané.			
XLVIII	Hystérectomie.			
XLIX	César. conservatrice.			
L	Hystérectomie.			

Résumé de 50 gestations consécutives à une opération césarienne observées chez 41 femmes.

	Avortements.....	2	
Évolution de la Gestation.	Accouchements prématurés (moins de 8 mois et demi après les dernières règles)	6	
	Accouchements à terme ou au voisinage du terme.....	39	
	Pas de renseignements, (fécondation en cours d'allaitement).	3	
Accouchements	Accouchements par les voies naturelles..	Femmes 6 Accouchements .. 10	
	Césariennes conservatrices itératives ...	Femmes 16 César. conserv.... 16	
	Césariennes suivies d'hystérectomie....	Femmes 20 Hystérectomie ... 20	
	Ruptures.....	Femmes 2 Hystérectomies .. 2	
	Pas de renseignements anatomiques (utérus ayant permis des accouchements ultérieurs par les voies naturelles).....	5	
	Bonne	16	
	Amincissement léger (plus de 1 centimètre d'épaisseur sur l'utérus rétracté)	8	
État de la cicatrice.	Amincissement partiel (ayant pu être traité par la résection avec conservation de l'utérus).....	3	
	Amincissement notable (moins de 1 centimètre d'épaisseur sur l'utérus rétracté)	5	
	Amincissement considérable	2	
	Rupture	2	

CONCLUSIONS

Les progrès réalisés dans la technique de l'opération césarienne semblent avoir amélioré dans une notable proportion les résultats éloignés, « les séquelles » de la section césarienne.

L'imperfection de la cicatrice abdominale, les adhérences de l'utérus à la paroi ou aux organes voisins sont aujourd'hui le plus souvent légères et pratiquement négligeables.

La cicatrisation de l'utérus présente une très grande variabilité dans ses résultats :

a) La régénération des fibres musculaires de la paroi utérine est possible ; mais en général la cicatrice est conjonctive, cette cicatrice pouvant ne pas avoir en épaisseur plus d'importance que les travées conjonctives normales de la paroi utérine ; dans ces cas de cicatrisation parfaite, il peut être impossible de retrouver avec certitude la trace de la cicatrice.

b) La zone cicatricielle présente le plus souvent (dans les $\frac{3}{4}$ des cas, une épaisseur et une solidité suffisantes pour assurer sans aucun danger de nouvelles gestations et de nouvelles parturitions; même dans le cas où la zone cicatricielle présente un amincissement notable (moins de 1 cent. d'épaisseur) on a pu observer une évolution normale de la gestation et de la parturition.

La résistance présumée de la cicatrice utérine ne peut être appréciée cliniquement que d'une façon très relative : les renseignements fournis par la malade (en particulier sur les conditions et les suites opératoires, sur la répétition des sections césariennes, sur le nombre et l'évolution des gestations ultérieures) devront entrer en ligne de compte dans l'appréciation de l'état présumé de la cicatrice, mais ils ne donneront que des renseignements de simple probabilité, sujets à erreur.

Le seul élément clinique d'appréciation de l'état de la cicatrice est le *toucher intra-utérin* soit lors d'une césarienne itérative, soit à la suite d'un accouchement spontané où l'exploration intra-utérine de la cicatrice combinée au palper abdominal devra être pratiquée pour établir la conduite à tenir lors d'une gestation ultérieure.

* * *

La fertilisation ultérieure paraît en fait diminuée dans une proportion de 50 à 70 %, mais il semble qu'il

s'agisse là d'une restriction volontaire qui tend d'ailleurs à décroître avec l'amélioration des résultats.

L'avortement est rare (4 %).

L'accouchement prématuré est assez fréquent, mais presque toujours aux environs du terme (12 %).

L'évolution jusqu'à terme ou au voisinage du terme est la règle (84 %),

La rupture utérine est rare (4 %) et deviendra plus rare encore avec les progrès de la technique; elle peut survenir à tout moment des trois derniers mois de la gestation et pendant le travail; il semble qu'elle soit le plus souvent contemporaine du début du travail; son apparition est en général brusque, sans signes prémonitoires, son pronostic paraît meilleur que celui des ruptures banales du segment inférieur, si l'intervention chirurgicale est précoce.

* * *

Toute femme ayant subi la section césarienne reste, lors d'une nouvelle gestation, sous la menace d'une rupture utérine; il convient donc de l'hospitaliser pendant les derniers mois de la gestation.

Mais cette éventualité est rare, même au cours de la parturition ; il y a donc lieu, chaque fois qu'il n'y aura pas d'obstacle, de laisser l'accouchement se faire par les voies naturelles sous réserve, bien entendu, d'une surveillance chirurgicale.

Si une césarienne itérative est nécessaire, on examinera

avec soin l'état de la cicatrice par le toucher intra-utérin, et si l'on constate une défectuosité notable de la cicatrice il sera indiqué, si l'on conserve l'utérus, de réséquer le tissu cicatriciel avant de procéder à la nouvelle suture.

Les indications de l'hystérectomie pour imperfection de la cicatrice ou des cicatrices antérieures et pour adhérences trop étendues de l'utérus deviennent plus rares (sur 41 femmes, 15 hystérectomies pour les 21 premières, 7 seulement pour les 20 dernières).



Vu : le Doyen,

H. ROGER.

Vu : le Président,

A. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie
de Paris,*

APPELL.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	9
Première partie	11
Etude anatomo-pathologique	11
La paroi abdominale.....	11
Les adhérences de l'utérus	13
La cicatrice utérine proprement dite :	16
Etude macroscopique	17
Etude histologique	24
Influence de l'insertion du placenta au niveau de la zone cicatricielle.....	30
Deuxième partie	33
Etude clinique	33
Fertilisation	33
Gestation :	37
Avortement	37
Accouchement prématuré	39

Valeur physiologique du fœtus	40
Complications diverses	41
Rupture utérine.....	44
Parturition :	44
Complications dues aux lésions de la paroi abdominale	45
Complications dues aux adhérences	45
Complications dues à la cicatrice utérine.....	48
Rupture utérine.....	57
Troisième partie	63
Déductions thérapeutiques	63
Observations	67
Tableau récapitulatif des gestations consécutives à une opération césarienne.....	143
Résumé de 50 gestations consécutives à une opération césarienne observées chez 41 femmes.....	144
Conclusions	145



